بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة التعليم العالي

جامعة أم القرى

كلية التربية

## نموذج رقم (٨)

# اجازة اطروحة علمية في صيغتها النهائية بعد إجراء التعديلات

**الإسم الرباعي:** محمد بن جمعان بن عبدالرحمن أبو هبشة **الكلية:** التربية

**القسم:** الإدارة التربوية والتخطيط **التخصص:** إدارة تربوية وتخطيط

**الأطروحة مقدمة لنيل درجة:** الدكتوراه

**عنوان الأطروحة:** (بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس).

*******************************************************************************************

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين.. وبعد:
فبناء على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة المذكورة أعلاه والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٤٢٢/١١/٢٣هـ. بقبولها بعد إجراء التعديلات المطلوبة، وحيث قد تم عمل اللازم. فإن اللجنة توصي بإجازتها في صيغتها النهائية المرفقة تكميليا للدرجة العلمية المذكورة أعلاه.

والله الموفق،،،

## أعضاء اللجنة

| المشرف | المناقش الداخلي | المناقش الخارجي |
|---|---|---|
| الاسم: د. جويبر بن ماطر الثبيتي | الاسم: أ.د. هاشم بكر حريري | الاسم: أ.د. محمد بن يحي الشهري |
| التوقيع: | التوقيع: | التوقيع: |

*******************************************************************************************

يعتمد:

رئيس القسم

دكتور: جويبر بن ماطر الثبيتي

التوقيع: ...............................................

يوضع هذا النموذج أمام الصفحة المقابلة لصفحة عنوان الأطروحة في كل نسخة من الرسالة.

المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم العالي

جامعة أم القرى

كلية التربية - بمكة المكرمة

قسم الإدارة التربوية والتخطيط




# بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية

# من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس

## " دراسة ميدانية "

بحث مكمل لمتطلبات نيل درجة الدكتوراه

في إدارة التعليم العالي من قسم الإدارة التربوية والتخطيط


إعداد الطالب

**محمد جمعان عبدالرحمن أبوهبشة**

إشراف الدكتور

**جويبر بن ماطر الثبيتي**



١٤٢٢هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

# ملخص الدراسة

**عنوان الدراسة**:
بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس "دراسة ميدانية".

**أهداف الدراسة**:
هدفت الدراسة إلى:
- التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية.
- التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي.
- التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات ذاتها بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية.
- التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي.
- التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجاناً مع التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة.
- التعرف فيما إذا كانت هناك اختلافات فيما يتعلق باتجاهات أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو بدائل تمويل التأمين الصحي الجامعي حسب متغيرات الدراسة.

**منهج الدراسة ومجتمعها**:
استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وتحليل التمايز (Discriminant Analysis) وتكون مجتمع الدراسة من أعضاء هيئة التدريس الذكور في الجامعات السعودية الذين هم على رأس العمل خلال الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي ١٤٢١-١٤٢٢هـ البالغ عددهم (٣٢٣٤) فرداً وقد صمم الباحث استبانة لجمع المعلومات من أفراد عينة الدراسة حول وجهة نظرهم نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية.

**أهم نتائج الدراسة**:
توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:
- عدم تجانس أفراد العينة من حيث المستوى العلمي والاقتصادي وجهة التعليم والخلفية الصحية ونوعية الخدمات الطبية المقدمة وحجم الأسرة.
- أن أعضاء هيئة التدريس بالجامعات السعودية يفضلون تعدد بدائل التأمين الصحي.
- يفضل أعضاء هيئة التدريس أن تلعب الجامعات دوراً رئيساً في تقديم خدمات التأمين الصحي أما كمقدم لخدمات التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية أو كمساند في تقديم الخدمات الطبية الأولية لمنسوبيها مجاناً أو كوسيط.
- أن وجهة نظر معظم أفراد العينة ايجابية فيما يتعلق ببدائل ومنافع التأمين الصحي الجامعي.

**التوصيات**:
في إطار نتائج الدراسة فإن الباحث يوصي بما يلي ومن أهمها:
- على كل جامعة من الجامعات السعودية أن تضع لها برنامج تأمين صحي يتلاءم مع رغبات منسوبيها.
- على كل جامعة أن تقدم عدة بدائل للتأمين الصحي لمنسوبيها لتتمشى مع عدم التجانس بين أعضاء هيئة التدريس في الجامعات.
- على الجامعات أن تدرس الخيار الأفضل بين القيام بدور المقدم للتأمين الصحي أو الوسيط أو مسانداً لتقديم الخدمات الطبية الجامعية.
- أهمية أن تكون رسوم التأمين الصحي مغرية ومشجعة ويمكن تسديدها بطريقة سهلة وميسرة وتحسم من الراتب الشهري.

**الإقتراحات**:
- إجراء مزيداً من الدراسات المماثلة حول بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي قطاعات التعليم الأخرى (وزارة المعارف، الرئاسة العامة لتعليم البنات، كليات البنات، الكليات التقنية).
- إجراء دراسات حول تجارب بدائل التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.


| عميد كلية التربية | المشرف | الباحث |
|---|---|---|
| أ.د. مكمود بن محمد كساوي | د. جويبر بن ماطر الثبيتي | محمد جمعان عبدالرحمن أبو هبشه |

## إهـــــداء

إلى روح أبي الطاهرة .............. الذي علمني وربّاني صغيراً.

إلى روح أمي الطاهرة .............. التي سهرت من أجلي.

عرفاناً وتقديراً.............. مع الدعاء لهما بالمغفرة والرحمة.

{ رب ارحمهما كما ربياني صغيراً}

إلى زوجتي أم عبدالعزيز... لما قدمته من جهد ووقت...

إلى عبدالعزيز وعبدالرحمن وعبدالإله وعبدالمجيد وإيمان أحبتي وقرة عيني الذين عانوا الكثير وصبروا فكان صبرهم خير عون من الله على هذا الانجاز.

إلى جميع أخوتي وأبنائهم... لتشجيعهم ودعمهم المتواصل.

إليهم جميعاً... اهدي ثمرة جهدي المتواضع.

الباحث

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والشكر له - سبحانه وتعالى - رب السموات والأرضين، الذي يسر لي أمري، وشرح لي صدري، وأسأله أن يفقه الناس قولي، ويضع عني وزري ويرفع لي ذكري، أحمده جل وعلا وأشكره على توفيقه لإتمام هذه الدراسة العلمية، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وخاتم النبيين سيدنا محمد وعلى آله وسلم تسليماً كثيراً أجمعين.

يزيد الباحث شرفاً وفخراً أن يتقدم بالشكر والعرفان لمقام ذلك الرجل العظيم، صاحب القلب الكبير، الأمير الإنسان صاحب السمو الملكي الأمير عبدالعزيز بن فهد بن عبدالعزيز آل سعود الذي منحني فرصة إتمام دراستي لدرجة الدكتوراه.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لمعالي وزير الصحة الأستاذ الدكتور/ أسامة عبدالمجيد شبكشي الذي أتاح لي فرصة إكمال دراستي العليا.

كما أتقدم بعظيم الشكر والتقدير والامتنان إلى سعادة الدكتور/ جويبر ابن ماطر الثبيتي المشرف على هذه الرسالة الذي أعطاني من علمه ووقته وجهده الكثير وقدم لي التوجيهات السديدة والمقترحات القيمة من نصح وإرشاد خلال فترة العمل. فكان لعمق تفكيره وفيض خبرته الأثر الكبير في إخراج هذه الدراسة بالصورة الملائمة.

كما أتقدم بوافر الشكر والتقدير إلى سعادة الأستاذ الدكتور/ محمد يحي الشهري وكيل جامعة الملك خالد للدراسات العليا والبحث العلمي وسعادة الأستاذ الدكتور/ هاشم بكر حريري وكيل جامعة أم القرى على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة ولما قدموه من توجيهات قيمة وملاحظات هادفة.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لجميع الزملاء بوزارة الصحة وأخص بالذكر الدكتور/ محمد البكر والدكتور خليل الثقفي والدكتور عبدالإله الساعاتي وإدارتي التدريب والابتعاث وإدارة الإشراف النسوي بالوزارة.

كما أتوجه بالشكر والتقدير إلى زملائي منسوبي صحة عسير على دعمهم ومؤازرتهم لي طوال فترة الدراسة فجزاهم الله خيراً.

كما أقدم خالص شكري وتقديري لإدارة جامعة أم القرى وكلية التربية ممثلة في عميدها السابق سعادة الدكتور/ صالح محمد السيف وعميدها الحالي الدكتور/ محمود كسناوي على ما قدموا من مساعدة وعون. وكذلك أقدم خالص شكري وتقديري إلى قسم الإدارة التربوية والتخطيط ورئيس القسم الأسبق سعادة الدكتور/ حمزه عقيل والرئيس السابق الدكتور/ عبدالمحسن هلال ثم الرئيس الحالي الدكتور/ جويبر بن ماطر الثبيتي وجميع أعضاء هيئة التدريس بالقسم الذين أمدوني بمعين علمهم، وخبرتهم، ومعرفتهم، وكذلك أقدم خالص شكري وتقديري إلى أعضاء لجنة مناقشة الخطة سعادة الدكتور/ رمضان أحمد عيد وسعادة الدكتور/ مسعود القرشي وسعادة الدكتور/ محمد أحمد منشي والشكر موصول للأساتذة الذين تفضلوا بتحكيم أداة الدراسة حتى أصبحت في صورتها النهائية.

كما أتوجه بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من أسدى إلي نصحاً أو قدم إلي مشورة طوال مراحل إعداد هذه الدراسة وأخص بالشكر سعادة الدكتور/ زهير الكاظمي وسعادة الدكتور/ خالد بن سعد بن سعيد وسعادة الدكتور/ عبدالله الحميدي وسعادة الدكتور/ علي عبدالله الزهراني وسعادة الدكتور/ بدران العمر وسعادة الدكتور/ سلطان سعيد مقصود والدكتور/ محمد معيض الوذيناني وسعادة الدكتور/ علي سعيد عسيري وسعادة الدكتور/ ربيع طه والدكتور/ عبدالعزيز قوقندي والدكتور/ أحمد عبدالله المطوع والدكتور/ محمد صالح جان والدكتور/ منصور القحطاني والأستاذ/ محمد عبدالله مشافي والأستاذ/ علي آل زاهر والأستاذ/ علي هيجان والأستاذ/ خالد السليمي.

وفي الختام أشكر جميع زملاء الدراسة في مرحلة الدكتوراة ولكل من ساهم معي بأي جهد في إتمام هذه الدراسة ولم أذكر اسمه وأسأل الله أن يجزي الجميع عني خير الجزاء وأن يوفقني وإياهم لما يحب ويرضى.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين،،،

## قائمة المحتويات

**قائمة المحتويات**

## قائمة المحتويات

## قائمة المحتويات

# قائمة الجداول

## قائمة الجداول

## قائمة الجداول

## قائمة الجداول



## قائمة الملاحق

# الفصل الأول

# مدخـــل الدراســـة

- المقدمة
- مشكلـــة الدراســة
- أسئلـــة الدراسة
- أهميـــة الدراسة
- أهـــداف الدراسة
- حـــدود الدراسة
- مصطلحات الدراسة

# الفصل الأول

## مدخل الدراسة

### المقدمة

دأبت حكومة المملكة العربية السعودية على تقديم الرعاية الصحية للمواطنين والمقيمين دون مقابل مادي ، إيماناً منها بضرورة توفير هذا النوع من الرعاية للمحافظة على حياة وسلامة وصحة أفراد المجتمع. وقد خطت التنمية الصحية خطوات متلاحقة خلال السنوات الماضية من حيث الكم والكيف . وانتشرت المستشفيات والمراكز الصحية في جميع مدن وقرى المملكة العربية السعودية وغطت خدماتها العلاجية والوقائية مختلف أرجاء البلاد السعودية. إن الاهتمام بالرعاية الصحية يعتبر من المؤشرات الحيوية التي تدل على تطور ورقي وازدهار الأمم ، كما أنها عامل أساسي في بناء الحضارات التي يشهدها التاريخ البشري . ويقاس مدى تقدم الدول في وقتنا الحالي بما تقدمه هذه الدول للشعوب من خدمات صحية . لذا نجد أن حكومة المملكة العربية السعودية حرصت على الاهتمام بالتنمية الصحية من خلال تقديم الدعم المستمر والمتواصل من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية . وقد كان لهذا الدعم مردوداً كبيراً وأثراً عظيماً على صحة المجتمع . ولقد انطلقت هذه الجهود العظيمة من مبدأ راسخ وهو أن الإنسان السعودي هو هدف التنمية الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

وتشير إحصاءات وزارة الصحة (الإصدار الأول ، ١٤٢٠هـ) أن النهضة الشاملة التي تعيشها المملكة العربية السعودية أدت إلى استقدام أعداد كبيرة من العمالة الأجنبية بلغت أكثر من ستة ملايين فرد للمشاركة مع المواطنين في استمرار هذه النهضة وتطورها والمحافظة على المكتسبات التي تحققت من خلالها في مختلف المجالات، وحيث إن هذه العمالة الكبيرة تحتاج إلى توفير رعاية طبية مستمرة لصالحها ولصالح المواطنين أنفسهم فقد نشأت الحاجة إلى إصدار نظام يكفل للمقيم وأفراد أسرته الرعاية الصحية . وسوف يساعد هذا النظام على تطوير الخدمات الصحية وتنظيمها في المملكة إضافة إلى تخفيض العبء على المرافق الصحية الحكومية.

وتجدر الإشارة إلى أن الطلب على الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية قد زاد بدرجة كبيرة بسبب النمو السكاني الكبير وظهور أمراض المدنية والأمراض المزمنة هذا من جهة ومن جهة أخرى فقد ذكر (الساعاتي ، ١٤٢٠هـ)، أن المملكة العربية السعودية شأنها شأن سائر الدول في العالم كله تواجه مشكلة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بشكل متسارع حيث تنفق ١٠% من ميزانيتها السنوية العامة على الخدمات الصحية ، ومع ذلك حدث شيء من الخلل في التوازن بين الموارد والتكاليف نتيجة التوسع في الخدمات الصحية وتزايد حجم الطلب عليها مع الارتفاع المتواصل في تكاليفها.

إن الحكومة السعودية هي مصدر التمويل للخدمات الصحية حيث وفرت البنية الأساسية للخدمات الصحية من مستشفيات ومراكز صحية وأدوية ومستلزمات طبية وأجهزة ومعدات وإدارات طبية، كما أن الإنفاق الصحي يزيد سنة بعد سنة كما توضحه ميزانية وزارة الصحة في السنوات ١٤١٥هـ/١٤١٦هـ-١٤٢٢/١٤٢٣هـ بالنسبة للميزانية العامة للدولة (بملايين الريالات) وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (١)

| السنة | محمل ميزانية الدولة | ميزانية وزارة الصحة | النسبة |
|---|---|---|---|
| ١٤١٦/١٤١٥هـ | ١٥٠,٠٠٠ | ٧,٣٦٤,٧٦٢ | ٤,٩ |
| ١٤١٧/١٤١٦هـ | ١٥٠,٠٠٠ | ٧,٣٦٤,٧٧٢ | ٤,٩ |
| ١٤١٨/١٤١٧هـ | ١٨١,٠٠٠ | ١٠,٧٤٦,٩٧٦ | ٥.٩ |
| ١٤١٩/١٤١٨هـ | ١٩٦,٠٠٠ | ١٢,٠٤٤,٩٩٩ | ٦,٢ |
| ١٤٢٠/١٤١٩هـ | ١٦٥,٠٠٠ | ١١,٣٣٩,٢٣٦ | ٦,٨ |
| ١٤٢١/١٤٢٠هـ | ١٨٠,٠٠٠ | ١١,٩٣٩,٠٤٣ | ٦.٦ |
| ١٤٢٢/١٤٢١هـ | ٢١٥,٠٠٠ | ١٣,٠٤٦,٥٢٨ | ٦,١ |
| ١٤٢٣/١٤٢٢هـ | ٢٠٢,٠٠٠ | ١٣,٧٤٠,٩١٠ | ٦,٨ |

- الكتاب الإحصائي السنوي ١٤٢١/١٤٢٢هـ وزارة الصحة.

من الجدول رقم (١) نلاحظ أن الانفاق على الخدمات الصحية في ارتفاع مستمر، حيث بلغ أكثر من ١٣ مليار ريال سعودي عام ١٤٢٢/١٤٢٣هـ وحيث إن دول العالم تعاني عجزاً في ميزانياتها بسبب الزيادة العالية والمستمرة في تكلفة الخدمات الصحية وقلة الموارد والاعتماد على التمويل الحكومي فقط من خلال تقديم الخدمات الصحية المجانية، وأصبح عبء تمويل الخدمات الصحية أكبر بكثير من أن تتحمله حكومة أي دولة ، وإن كانت قد تحملته في فترة سابقة إلا أنها ومع الزيادة المستمرة في الطلب على الخدمات الصحية وزيادة النمو السكاني العالي لم تعد تستطع الاستمرار في تمويل الخدمات الصحية بالمستوى المطلوب الذي يواكب التطور التقني والعلمي. وحتى لا تكون النتيجة تراجع مستوى الخدمات الصحية ، فقد اضطرت الدول إلى إيجاد بدائل تمويلية لعل من أهمها التأمين الصحي، وفرض رسوم على الخدمات الصحية ، وخصخصة المستشفيات وتوسيع قاعدة مشاركة القطاع الخاص في إنشاء وإدارة وتشغيل المرافق الصحية . ولذلك شرعت حكومة المملكة العربية السعودية ممثلة في وزارة الصحة بإصدار نظام الضمان الصحي الذي أجيز من قبل هيئة كبار العلماء بموجب قرارها رقم (٥١) وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ. وصدر النظام بموجب قرار مجلس الوزراء رقم ٧١ وتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧هـ . انظر الملحق رقم (١).

ويعتبر نظام الضمان الصحي التعاوني إحدى وسائل تمويل الخدمات الصحية ويعتبر أيضا مصدر تمويل للخدمات الطبية في المؤسسات الجامعية.

وقد أصدر مجلس الشورى في عام ١٤١٥هـ قرارا يتبني التأكيد على وضع استراتيجية لتمويل الخدمات الصحية بحيث يكون الضمان الصحي التعاوني وسيلة من الوسائل الرئيسة في هذه الاستراتيجية" (الربيعة ، ١٤٢٠هـ).

## مشكلة الدراسة:

تنفق المملكة العربية السعودية نسباً عالية من الإنفاق على الخدمات الصحية العلاجية والوقائية، ومع النمو السكاني المتسارع وارتفاع مستوى الوعي الصحي زاد الطلب على الخدمات الصحية وترتب على ذلك زيادة الإنفاق والأعباء المالية والضغوط على المؤسسات الصحية الحكومية.

وأمام تزايد الإنفاق على الخدمات الصحية أصبحت مؤسسات الخدمات الصحية تعاني من مشكلات مالية للحفاظ على مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى جانب أن تكاليف الخدمات الصحية في القطاع الخاص (الأهلية) عالية ولا يستطيع موظفو المؤسسات الحكومية وغيرهم من المواطنين تحمل هذه التكاليف الأمر الذي حدا بالدولة إلى البحث عن أساليب تُخفف العبء المالي على ميزانية الحكومة ومن ثم تقديم خدمات صحية متكاملة وبتكاليف معقولة تكون في متناول الجميع، غير باهظة ولا تنهك كاهل الفرد. ومن هنا كانت فكرة التأمين الصحي أحد البدائل لحل تكاليف الخدمات الصحية للأفراد حتى تكون الخدمات الصحية متاحة للجميع دون معاناة أو تمييز فالجميع يشتركون في تحمل تكاليف الخدمة العلاجية التي يحتاجها الفرد أو المجموعة بالإضافة إلى أن نظام التأمين الصحي يفترض أن يوفر مصدراً فعالاً ومناسباً لتمويل الخدمات الصحية العامة .

وقد درست فكرة التأمين الصحي التعاوني من قبل الجهات المسؤولة والجهات الشرعية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية ، وحظيت بتأييد الجميع . وقد أظهرت بعض الدراسات التي أجريت عن التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية ومنها دراسة (البكر، ١٩٩٤م) ودراسة (بالغيوم ، ١٩٩٦م) ودراسة (العمر ، والربيعة ، ١٩٩٨م). أن التأمين الصحي هو أحد الاستراتيجيات التمويلية للخدمات الصحية وأنه يخفف الأعباء المالية على الميزانية العامة للدولة في الإنفاق الصحي ، ويتيح الفرصة للقطاع الخاص للاستثمار في الخدمات الصحية ، ويسهم في تقديم خدمات صحية آمنة من المخاطر غير المتوقعة، ويسهم في الرقي بمستوى الصحة العامة لدى جميع أفراد المجتمع ، ويُحَسِّن من نوعية

الخدمات الصحية المقدمة ، بالإضافة إلى أن التأمين الصحي سيحدد ويقلل من تكاليف الخدمات الصحية .

وفي إطار هذا التوجه فإن الجامعات السعودية تفكر في استخدام نظام التأمين الصحي أسلوباً للارتقاء بمستوى الخدمات الطبية والعلاجية وتطويرها . وكذلك يمكن أن يكون أداة فعالة لخفض تكاليف الخدمات الطبية الجامعية .

إن تزايد الطلب على الجامعات السعودية، وارتفاع أعداد الطلاب والطالبات فيها نتج عنه زيادة في الإنفاق وضعف الموارد وبالتالي أصبحت الحاجة إلى البحث عن مصادر أخرى مناسبة للتمويل , من ضمنها ما يسمى " بالتمويل الذاتي " . إن نظام التأمين الصحي التعاوني يعتبر رافداً من روافد التمويل الذاتي للجامعات وقد أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى توجه أعضاء هيئة التدريس باستحسان فكرة إسناد نظام التأمين الصحي الجامعي التعاوني إلى مؤسسات وشركات التأمين الخاصة أو قيام الجامعات بدور الوسيط بين منسوبيها وشركات التأمين ، أو القيام بممارسة نظام التأمين الصحي الجامعي التعاوني عن طريق تحمل مسؤولية تشغيل مرافقها الصحية وتقديم العلاج لمنسوبيها ، ولعل ذلك يتوقف على اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو الاختيار بين البدائل في ضوء عدة معايير ربما تتعلق بالتكلفة والجودة والإجراءات الإدارية وغيرها.

وفي هذا الإطار فإن تنفيذ برنامج التأمين الصحي التعاوني في الجامعات السعودية يتوقف على موقف أعضاء هيئة التدريس الذين يمثلون العمود الفقري للقطاع الجامعي. وأنهم أحد العناصر المستفيدة من الخدمات الصحية ، بالإضافة إلى ذلك فإن عضو هيئة التدريس بمكانته العلمية والاجتماعية يمثل قدوة للمجتمع ويؤخذ برأيه، وفي حالة التأييد والقبول من أعضاء هيئة التدريس كفئة واعية ومتعلمة ومدركة لأبعاد نظام التأمين الصحي الجامعي التعاوني وأهميته في حياة الفرد والمجتمع وتسعى هذه الدراسة إلى كشف وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس نحو هذا النظام، وبناء على ما سبق فإن آراء هذه الفئة ستكون دافعاً إيجابياً للأفراد والمجتمعات الأخرى بل للمجتمع الجامعي أولاً في قبول ودعم هذا النظام بما يخدم التنمية الصحية ويؤدي إلى رقيها ومواكبتها للتطور التقني والعملي .

ومن خلال ماسبق عرضه استشعر الباحث ضرورة إجراء دراسة علمية تهدف إلى التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية.

وعلى ضوء ما تقدم يتبلور موضوع الدراسة في محاولة الإجابة على السؤال الرئيس التالي :

**ما وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية ؟**

## أسئلة الدراسة:

يتفرع من السؤال الرئيس للدراسة الأسئلة الفرعية التالية :

١- ما وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي ؟

٢- ما وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات ذاتها بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية ؟

٣- ما وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي ؟

٤- ما وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجاناً مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة ؟

٥- هل يوجد اختلاف بين فئات عينة الدراسة بحسب المتغيرات الأولية فيما يتعلق باتجاهاتهم نحو بدائل تمويل التأمين الصحي الجامعي ؟

## أهمية الدراسة:

لقد تطورت الخدمات الصحية الجامعية تطوراً ملحوظاً كماً ونوعاً وأخذت النصيب الأوفر من التطور الصحي بالمملكة ، حيث إنها إحدى فروع الخدمات الصحية بالمملكة والتي يكمل بعضها بعضاً في خدمة شريحة من شرائح المجتمع ممثلة في منسوبي الجامعات.

وبما أن الخدمات الصحية الجامعية تتأثر بالمتغيرات التي تطرأ على الخدمات الصحية بالمملكة ، فإن هذا يستوجب إعادة دراسة وتقويم الوضع الصحي بالجامعات كما هو الحال بالنسبة للخدمات الصحية بالمملكة وهذا ما أوضحه (شبكشي ، ١٤٢٠هـ) بأن الحل الأمثل والبديل المثالي لتقويم هذا الوضع هو تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني الذي يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من الأفراد بدلاً من تحميلها شخصاً واحداً .

وبما أن التأمين الصحي التعاوني له أثر كبير في الرعاية الصحية لمنسوبي الجامعات حيث يمكن أن يغطي التأمين الصحي الجامعي عند تطبيقه على منسوبي الجامعات حوالي (١٥٠,٠٠٠) منتفعاً. بالإضافة إلى تشغيل المستشفيات الجامعية لتحقيق الهدف التعليمي ومن خلاله تقديم الخدمات العلاجية لمنسوبي الجامعات وغيرهم من شرائح المجتمع وذلك لكفاءة الخدمات الصحية الجامعية لأنها تضم فريقاً من الأساتذة الأطباء الاستشاريين في كافة التخصصات النادرة.

وتبرز أهمية الدراسة في تزامن صدور نظام التأمين الصحي التعاوني بتاريخ (١٤٢٠/٤/٢٧هـ) والذي يعتبر نقله نوعية للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية مع اتجاه الجامعات السعودية نحو خصخصة بعض خدماتها وبحث الجامعات عن مصادر تمويل جديدة، وهذا يضع الجامعات في مفترق طرق والاختيار بين الاعتماد على التأمين كمصدر تمويل وبين التخلص من أعباء الخدمات الصحية وتكاليفها عن طريق استخدام التأمين كبديل لتقديم الخدمات الصحية الجامعية، أو خصخصة الخدمات الصحية كمصدر تمويل ذاتي ، ولهذا فإن الدراسة تستمد أهميتها من حساسية الموقف وصعوبة الاختيار الذي يتطلب الوقوف على وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس نحو الاعتماد على التأمين الصحي كمصدر للتمويل الذاتي أو استخدامه كبديل عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل الجامعات.

وبشكل محدد فإن الدراسة تستمد أهميتها ومبررات إجرائها مما يلي:

- أهمية تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني على منسوبي الجامعات السعودية من خلال الخدمات الصحية الجامعية أو من خلال الخدمات الصحية في القطاع الخاص أو القطاع الحكومي.
- أهمية تغطية التأمين الصحي التعاوني على جميع منسوبي الجامعات السعودية .
- الخدمات الصحية الجامعية وسيلة من وسائل الاستثمار المالي والتعليمي.
- تعتبر هذه الدراسة أول دراسة على حد علم الباحث عن اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية .
- من المؤمل أن تساهم نتائج وتوصيات هذه الدراسة للمسؤولين والمنتفعين ومقدمي الخدمات الصحية بما يساعد على رفع فاعلية وكفاءة الخدمة الصحية الجامعية .

## أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق مايلي :

١- التعرف على وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية .

٢- التعرف على وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي .

٣- التعرف على وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات ذاتها بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية .

٤- التعرف على وجهة نظرأعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي .

٥- التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجاناً مع التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة .

٦- التعرف على إذا ما كانت هناك اختلافات فيما يتعلق باتجاهات أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو بدائل تمويل التأمين الصحي الجامعي حسب متغيرات الدراسة.

## حدود الدراسة :

### أ- الحدود الموضوعية :

تتحدد هذه الدراسة في معرفة اتجاهات أعضاء هيئة التدريس السعوديين في الجامعات السعودية الثمانية نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية.

### ب-الحدود الزمانية :

تم تطبيق الجانب الميداني من هذه الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ١٤٢١/١٤٢٢هـ.

### جـ الحدود المكانية :

تم بحمد الله وتوفيقه تطبيق الاستبانة كأداة لجمع المعلومات على أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية الثمانية بالمملكة العربية السعودية ، وهي جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، وجامعة الملك سعود وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض ، وجامعة الملك عبد العزيز بجدة ، وجامعة الملك فيصل بالإحساء ، وجامعة الملك فهد للبترول والمعادن بالظهران ، والجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة ، وجامعة الملك خالد بمدينة أبها . وذلك بنسبة ٢٩,٧%.

## مصطلحات الدراسة :

يوضح الباحث مجموعة من المفاهيم الإجرائية لعدد من المصطلحات التي تتناولها الدراسة الحالية كما يلي :

### ١- البدائل :

يُقصد بها الخيارات بين صيغ أساليب تقديم التأمين الصحي وتمويله لمنسوبي الجامعات السعودية.

### ٢- تمويل ذاتي :

هو قيام الجامعات باعتبار التأمين الصحي مصدراً من مصادر التمويل الأخرى لدعم أو لسد العجز في الميزانية العامة للجامعة . وإعادة التوازن بين العائدات والمصروفات وذلك من خلال رسوم تغطية التأمين الصحي الجامعي التي يتم تحصيلها من المستفيدين من منسوبي الجامعات ، وأيضاً زيادة دور القطاع الخاص (الأهلي) في إدارة وتشغيل الأنشطة

٤٠٤٢٦

الصحية من خلال عقود التأجير ، وذلك من أجل تخفيض العبء المالي المتزايد على الجامعات ، والمحافظة على فعالية وكفاءة الخدمات الصحية الجامعية من جهة أخرى .

٣- **وسيط التأمين** :

المقصود به هنا هو قيام الجامعات بدور الوسيط الذي يقوم بدور التنظيم الإداري بين مقدمي خدمات التأمين الصحي (شركات التأمين الصحي والمستشفيات الخاصة) وبين المستفيدين من منسوبي الجامعات من خدمات التأمين الصحي لتكون محققة للهدف المنشود من عملية تطبيق التأمين الصحي الجامعي للارتقاء بجودة الخدمات الطبية.

٤- **تغطية التأمين الكاملة** :

تعني التغطية الكاملة لخدمات التأمين الصحي الشاملة من علاج وتنويم وإجراء عمليات جراحية بدون استثناء.

٥- **تغطية التأمين الجزئية** :

تعني تغطية خدمات التأمين الصحي المتفق عليها باستثناء بعض الخدمات ، وبذلك يكون التأمين الجزئي منحصراً في تقديم خدمة طبية محددة حسب رغبة المؤمَّن عليه وحسب الاتفاق بين المؤمِّن والمؤمَّن عليه.

٦- **خصخصة التأمين الصحي** :

إن المقصود بخصخصة التأمين الصحي هنا هو إسناد التأمين الصحي الجامعي إلى شركات التأمين الصحي ، أو تشغيل الخدمات الصحية الجامعية وإدارتها من قبل شركات القطاع الخاص ، وهذا ما يوافق عليه (الساعاتي ، ١٤٢٠هـ ، ص ١٥٥) عندما يذكر بأن الخصخصة هي " بيع أو نقل مؤسسات وشركات الحكومة للقطاع الخاص أو منح هذا القطاع الخاص حق تملكها أو إدارتها وتشغيلها ".

٧- **خصخصة الخدمات الصحية الجامعية** :

بمعنى تشغيل وإدارة المرافق الصحية الجامعية كالمستشفيات والإدارات الطبية من قبل شركات التشغيل الطبي الخاصة في مجال الخدمات الصحية وتقديم الخدمات الصحية الجامعية لمنسوبي الجامعات.

# الفصل الثاني

# أدبيات الدراسة

- ## أولاً: الإطار النظري

المبحث الأول: نشأة وتطور التأمين ومفهومه.

- ## المبحث الثاني

التأمين الصحي التعاوني في الإسلام.

- ## المبحث الثالث

بدائل تمويل التأمين الصحي.

- ## المبحث الرابع

التأمين الصحي في الجامعات.

- ## المبحث الخامس

التأمين الصحي التعاوني في المملكة. (الواقع والاتجاهات المستقبلية)

- ## ثانياً: الدراسات السابقة

# الفصل الثاني

## أدبيات الدراســـة

### المبحث الأول: نشأة وتطور التأمين

**تمهيد:**

عرف التأمين منذ زمن بعيد في أشكال وصور مختلفة عما هو سائد في الوقت الراهن وليس ما يستجد من أنماط وأشكال وصور للتأمين إلا امتداداً لوجوده في الماضي وتطوره في الحاضر وهذا ما يوافق عليه (عليان، ١٤١٦هـ) بأن التأمين لم يكن وليد العصر الحاضر ، الذي ليس له تاريخ في الماضي، بل هو موجود منذ زمن بعيد ، وإن لم يكن معروفاً بنظمه الحاضرة والمتطورة بتطور الحياة وأنظمتها المختلفة . إن كل شيء في هذه الحياة معرض للخطر ، والإنسان مدفوع إلى تفادي الخطر وحماية ممتلكاته ، فقديماً أتخذ الإنسان الكهوف والجبال ملجأ يحتمي بها من عوارض الحياة المؤذية ، وتسلح بالحجارة وأغصان الأشجار ليدفع عنه أذى الحيوانات المفترسة. وبمرور الزمن وكثرة الحوادث حدث في النفوس قلقٌ جعل الإنسان يحتمي بأسرته ليقوى بها على الآخرين ، ثم ما لبث أن شعر بأن الأسرة أصبحت عاجزة عن أن تحقق له الأمان الذي ينشده ، ومن هنا تكونت القبيلة وفيها حقق الإنسان بعض الأمان ، ونتيجة لتعدد الأخطار وتنوعها وانسلاخ كثير من القبائل عن أصولها ووقوع الخلاف والانشقاق فيها ، اندفع الإنسان إلى اللجوء إلى الدولة لتدفع عنه اعتداءات الآخرين وتحقق له الأمان الذي تطمئن إليه النفوس . ذكر رجال التأمين أن الإغريق عرفوا التأمين في شكل هذه المعاملة ، فقد قامت جماعة من ملاك العبيد بدفع أقساط معينة عن عبيدهم إلى الجمعيات التي كانت قد أنشئت لهذا الغرض في مقابل أن تدفع الجمعية لهم ثمن العبد لو هرب من سيده . كما أسس الرومان جمعيات تعاونية لنقل الموتى والغرض من تأسيس هذه الجمعيات هو أن تقوم هذه الجمعيات بدفع مصاريف الجنازة لها مقابل أن يدفع كل عضو مبلغاً ضئيلاً من المال كل أسبوع ، وهذه الجمعيات لم تزل موجودة إلى الآن في

إنجلترا . أما في البلاد العربية فقد ظهر التأمين في أواخر القرن التاسع عشر عن طريق الشركات الإيطالية والشركات البريطانية.

كما أن التأمين التعاوني كان معروفاً لدى القدماء وقد أوجد لرفع الضرر وتوزيعه على الجميع حتى لا يلحق بالفرد العضو خسارة كبيرة ويذكر (الفنجري ، ١٤٠٤هـ) أن أول بداية التأمين كان تعاونياً وذلك منذ القدم حتى أن البعض يرده إلى القرن العاشر قبل الميلاد حيث صدر أول نظام يتعلق بالخسارة العامة في رودس عام ٩١٦ قبل الميلاد ، وقد قضى بتوزيع الضرر الناشئ من خلال إلقاء جزء من شحنة السفينة في البحر لتخفيف حمولتها على أصحاب البضائع المشحونة . كما قامت في روما القديمة بعض الجمعيات التي تعمل على مساعدة أسر أعضائها العسكريين ومدهم بالمال عند وفاة العضو ، وتقديم معاش لمن يبقى منهم حياً ، وذلك مقابل اشتراك يؤديه كل عضو في الجمعية . وقد ظهرت جمعيات تعاونية في مختلف المجتمعات القديمة ، كجمعيات للفلاحين وأصحاب الحرف وغيرهم لتأمينهم ضد أضرار معينة عن طريق التعاون بينهم لتعويض من تلحقه منهم الخسارة أو الكارثة المؤمن ضدها .

وذكر (ابن سعيد ، ١٤٢١هـ) أن فكرة التأمين تعتمد على التعاون بين الأفراد لحماية أنفسهم وممتلكاتهم ـ بعد حماية الله ـ من الأخطار التي يمكن أن تسبب لهم خسائر تفوق قدراتهم الذاتية ، وعلى هذا الأساس بدأت فكرة التأمين مع بداية التعاون بين الأفراد لدرء المخاطر التي يتعرضون لها وتوزيع الخسارة التي تلحق ببعضهم على جميع الأفراد . وبذلك يتم تفتيت حجم الخسارة وتوزيعها على الجميع لإمكان تحملها، وارتبطت فكرة التأمين بمبدأ التعاون ارتباطاً وثيقاً وتطورت تدريجياً إلى أن أخذت الشكل التجاري السائد حالياً في كثير من المجتمعات، وبعد أن ارتبطت فكرة التأمين بمبدأ التعاون بين الأفراد أخذت في التطور تدريجياً إلى أن وصلت إلى الشكل التجاري السائد في معظم بلدان العالم حيث ذكر كلٌ من (الفنجري، ١٤٠٤هـ ، ثنيان، ١٤١٤هـ، السويلم ١٤١٥هـ، عليان، ١٤١٦هـ، الساعاتي، ١٤٢٠هـ، ابن سعيد، ١٤٢١هـ) أن التأمين بدأ يتخذ شكله التجاري منذ أواخر

القرون الوسطى حين انتشرت التجارة البحرية بين مدن إيطاليا والبلاد الواقعة في حوض البحر الأبيض المتوسط وذلك في صورة قرض بحري طابعه المقامرة والربا إذ كان بعض رجال المال يقرضون أصحاب السفن أموالاً تعادل قيمة السفينة وحمولتها مقابل فوائد باهظة، فإذا غرقت السفينة ضاع على المقرض مبلغ القرض واحتفظ صاحب السفينة بمبلغ القرض وإذا وصلت السفينة سليمة يرد صاحبها القرض مع الفوائد ثم ظهر مع التأمين البحري التأمين على الحياة لأن التأمين على السفينة وحمولتها كان يقتضي التأمين على الملاحين والركاب وفي أوائل القرن السابع عشر ظهر التأمين البري في صورة تأمين ضد الحريق وذلك عندما تعرضت مدينة لندن سنة ١٦٦٦م لحريق كبير استمر أربعة أيام متتالية ودمر معظم بيوتها . وفي القرن التاسع عشر ظهرت أنواع من التأمين اقتضاها اختراع الآلات . ففي إنجلترا عندما استخدم أول قطار سريع وأدى استخدامه إلى كثرة الحوادث ظهر التأمين ضد أخطار السفر بالسكة الحديد ، وجاء القرن العشرون فظهرت صورٌ جديدة للتأمين مثل التأمين الجوي، ثم تعددت صور التأمين التجاري لتشمل المخاطر سواء أكان التأمين على الأشخاص أم على الأموال أم ضد المسؤولية وسواء أكان التأمين براً أم بحراً أم جواً وسواء أكان من يقوم بالتأمين قطاع خاص أو قطاع عام . كما أن للثورة الصناعية أثرها الكبير في التطور السريع في العلوم الطبية والمجالات الصحية والذي بدوره أحدث تطوراً في مجال التأمين الصحي فنجد أن التطور الصناعي الذي حدث في القرن التاسع عشر الميلادي الثالث عشر الهجري الذي انتشرت فيه الآلات الميكانيكية والمعامل والمختبرات والمصانع، أحدث نوعاً جديداً من التأمين هو ما يسمى بالتأمين ضد المسؤولية ، وذلك مثل التأمين ضد حوادث المصانع والمختبرات العلمية والسيارات . وعلى أثر هذه الأحداث جميعاً قام كذلك التأمين التبادلي (التعاوني) الذي تقوم به الجمعيات التعاونية وما لبث أن تطور إلى تأمين تبادلي تقوم به الشركات كما نشأ في آخر هذه الفترة التأمين الاجتماعي الذي واكب الحركة الصناعية ، كالتأمين ضد الشيخوخة والعجز والبطالة وغير ذلك . ويجمع خبراء الاجتماع والاقتصاد بأنه لا يوجد شيء في هذا العصر له الأثر البالغ على حياة الإنسان الغربي كما للتأمين، فقد أرجفت الآلة والتكنولوجيا بهذا الإنسان حتى أصبح يخاف كل شيء من حوله،

ولا يهدأ ولا يطمئن له بال ، حتى يؤمن على كل شيء في حياته حتى على أعضاء جسمه ومنافعه . ونتيجة تزايد احتمال تعرض الإنسان للمخاطر الناتجة عند استخدام وسائل النقل السريعة كالنقل الجوي. وظهرت شركات التأمين لتغطية المخاطر التي تنشأ منه، مخاطر تتعرض لها الطائرات نفسها أو يتعرض لها ما تنقله من أفراد وبضائع . وخلال القرن التاسع عشر أيضا حدثت طفرة التطور الصناعي وتعددت المخاطر والحوادث وإصابات العمل مما دفع أصحاب الأعمال إلى التأمين على مسؤولياتهم عن الحوادث التي تنشأ من نشاط الآلات في مصانعهم ، بل أن النظام الزمهم في كثير من الحالات بالتأمين على العاملين لديهم ضد خطر الحوادث وإصابات العمل بالذات ولقد أقيم أول مشروع للتأمين الإلزامي في ألمانيا ومن ثم تبعتها في ذلك عدة بلدان أوروبية أخرى في أوقات متفاوتة .

ومع ظهور النقابات والجمعيات في القرون الوسطى قام أصحاب الحرف في بعض الدول الأوروبية بتشكيل نقابات سعت إلى إنشاء مؤسسات تساعد الأعضاء أوقات محنتهم عند الإصابة بالمرض ، وفي القرن الثامن عشر بدأ تأسيس جمعيات للخدمات التعاونية تحت مسميات مختلفة ( مثل جمعيات الصداقة ، صناديق أصدقاء المرضى ). وفي عام ١٨٠٤م بلغ أعضاء جمعيات الصداقة حوالي مليون عضوا في بريطانيا بينما كان عدد السكان حوالي ١٠ ملايين نسمة، وقاموا في البداية بتقديم إعانات نقدية في حالة مرض أحد الأعضاء ، ولكن فيما بعد أصبح الأطباء يقومون بتشخيص المرض وتقديم العلاج.

وفي عام ١٨٨٣م قامت الدولة الألمانية بوضع قانون ينص على انضمام العمال الذين تقل أجورهم عن حد معين إلى المؤسسات الصحية من خلال اشتراك العمال وأصحاب العمل بشكل إجباري في هذه المؤسسات كأساس للتأمين الاجتماعي ، ويعتبر هذا أول خطوة نحو التأمين الصحي الإلزامي ، ويحدد ( ابن سعيد، ١٤٢١هـ ) أن نشأة التأمين الصحي تعود إلى عام ١٨٨٧م حيث قامت النمسا بإدخال التأمين الصحي ، وفي بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي في أغلب الدول الصناعية بأوروبا وذلك تحت مسمى التأمين (ضد المرض والأمومة ) ، حيث قامت الحكومة النرويجية بتطبيق التأمين الصحي عام ١٩٠٢م والمملكة المتحدة عام ١٩١٠م حيث نص القانون بإدخال التأمين الصحي الإجباري للعمال ذوي

الدخول البسيطة مع مساهمات من صاحب العمل . وفي اليابان ظهر التأمين أول مرة عام ١٩٠٥م عندما حاولت جمعية أن تغطي أعضاءها بمنفعة تعاونية . وصدر أول قانون تأمين صحي عام ١٩٢٢م، وتم اقتراح تغطية التأمين الصحي الشامل عام ١٩٥٧م وتم التعديل عام ١٩٥٨م فنشأ قانون التأمين الصحي الوطني الشامل . وفي عام ١٩٢٨م قامت فرنسا بإصدار قانون التأمين الصحي وتم التنفيذ عام ١٩٣٠م وقد تم تهيئة نظم مشابهة في بلجيكا وفي استراليا عام ١٩٣٠م . وكانت أول بوليصة للتأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٨٥٠م . وفي عام ١٨٦٣م دخلت شركة التأمين مجال التأمين على المسافرين ، وكان لها الفضل في تطوير التأمين ضد الحوادث . وفي عام ١٩١٠م ظهرت أول بوليصة تأمين صحي جماعية في الولايات المتحدة . وفي كندا تم اقتراح التأمين الصحي الشامل عام ١٩٦٩م . وفي عام ١٩٧٥م قام حزب العمال الأسترالي بتأسيس ميدي بنك ( الفرع الطبي) وهو برنامج تأمين عام وإجباري للرعاية الصحية وفي عام ١٩٦٦م قامت الدولة الكندية بتشريع قانون التأمين الصحي الوطني الشامل . وفي عام ١٩٧٩م أنشئت نظم التأمين الصحي الإجباري في كوبا ونيكاراجوا في عام ١٩٨٢م . وفي عام ١٩٦٠م قامت وزارة الصحة التونسية بتشييد وإدارة كل أو أغلب البنية التحتية وكذلك معالجة المرضى على أساس أن تقوم إدارات التأمين الاجتماعي بدفع مبلغ إجمالي سنوي إليها . وفي عام ١٩٦٣م طبقت كل من حكومتي كوريا ولبنان نظام رد جزئي للمصاريف الطبية التي قام بدفعها الأفراد المؤمَّن عليهم .

وفي عام ١٩٦٤م، ذكر (صادق، ١٩٩٣م) أن التأمين الصحي في مصر ظهر بموجب القانون رقم ٧٥ عام ١٩٦٤م بشأن التأمين الصحي على العاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة، وعهد بتنفيذه إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي التي أنشئت عام ١٩٦٤م، بموجب القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩.

وفي عام ١٩٨٠م كما ذكر (مرقه وآخرون، ١٩٩٩م) أن الاهتمام بالتأمين الصحي الوطني في الأردن بدأ بالخطة الخمسية التي انتهت سنة ١٩٨٠م عندما طُلِب إلى الجهات المعنية توسيع قاعدة التأمين الصحي بحيث تشمل أكبر عدد ممكن من السكان.

## مفهوم التأمين

### ١) تعريف التأمين في اللغة:

قال (الأصفهاني، ١٣٨١هـ، ص٢٥) "أصل الأمن طمأنينة النفس وزوال الخوف والأمن والأمانة والأمان مصادر في الأصل"

وقال (ابن فارس، ص١٣٣) "أمنَ" الهمزة والميم والنون أصلان متقاربان أحدهما بمعنى الأمانة التي ضِدُ الخيانة ومعناها سكون القلب والآخر التصديق".

وجاء في (المعجم الوسيط، ص٢٨) "أمّنّ على الشيءِ دفع مالاً منجماً لينال هو أو ورثته قدراً من المال متفقاً عليه أو تعويضاً عما فقدَ. فقد يقال أمّنَ على حياتهِ أو على داره أو سيارته وهي كلمة محدثه. وأمّن فلاناً جعله في أمنٍ، وأمّن فلاناً على الشيء جعله أميناً عليه".

وقال (البركاوي، ١٤١١هـ، ص٣٥) (أمّنَ من باب فهم وسلم و(أمَاناً) و (آمنَة) بفتحتين فهو (آمْن) و (آمِنَهُ) غيره من (الأمْن) و (الأمَن) ضد الخوف و (أمِنَهُ) على كذا و (ائتَمنَه) وتقول (اوتِمِنَ).

### ٢) تعريف التأمين في الاصطلاح:

ومن الناحية الأخلاقية يمكن أن نعرف التأمين كما يوافق على ذلك (ابن ثنيان، ١٤١٤هـ، ص٤٠) بأنه "التزام طرف لآخر بتعويض نقدي يدفعه له، أو لمن يُعَيِّنُهُ، عند تحقق حادث احتمالي مبين في العقد، مقابل ما يدفعه له هذا الآخر من مبلغ نقدي في قسط أو نحوه". كما ذكر كل من (السويلم، ١٤١٥هـ، المصري، ١٤١٩هـ، رمضان ١٤١٩هـ) أن التأمين هو "اتفاق بين طرفين يحصل بمقتضاه الطرف الأول (وهو المؤمن عليه أو ورثته من بعده) على خدمة مخصصة أو تعويض مادي أو عيني عند تعرضه لخطر معين وذلك نظير سداد أقساطٍ محددة للطرف الثاني (وهو الجهة المؤمِّنة".

أو "هو اتفاق بمقتضاه يتعهد الطرف الأول (شركة التأمين) بأن يدفع الطرف الثاني (المؤمن له) مبلغا من النقود في حالة وقوع حادث معين خلال مدة معلومة في مقابل أن يدفع الطرف الثاني للطرف الأول مبلغا أو مبالغ أصغر نسبيا من المبلغ الذي يتعهد الطرف الأول بدفعه".

## ٣) التأمين من الناحية القانونية:

يمكن أن نعرف التأمين من الناحية القانونية حسب ما ذكره (ناصر، ١٤١٩هـ، ص٥٩) بأنه "عقد يلتزم بمقتضاه المؤمن (شركة التأمين) أن يؤدي إلى المؤمن له أو المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغا من المال أو إيرادا أو راتبا، أو أي تعويض مالي آخر في حالة وقوع أو تحقق الخطر المبين في العقد، وذلك مقابل قسط، أو دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن خلال فترة زمنية معينة".

أما (العليان، ١٤١٦هـ، ص١٧) فيعرف التأمين بأنه "عقد يتعهد بمقتضاه شخص يسمى المؤمن بأن يعوض شخصا آخر يسمى المؤمن له عن خسارة احتمالية يتعرض لها هذا الأخير مقابل مبلغ من النقود هو القسط الذي يقوم المؤمن له بدفعه إلى المؤمن".

## ٤) التأمين في الموسوعة البريطانية:

أوضح (الزرقاء، ١٤٠٤هـ، ص١١١) ما ترجمته عن التأمين نقلا من الموسوعة البريطانية بأنه وسيلة اجتماعية يشترك فيها جمع كبير من الناس بنظام مساهمة عادل يتحقق فيه تخفيف أو إزالة أنواع من المخاطر أو الأضرار الاقتصادية الشائعة بين أفرادهم، والوظيفة الأساسية لهذا التأمين هي إحلال اليقين محل الشك بشأن الخسارة الاقتصادية التي تحصل من الجوائح والأحداث الضارة التي تقع عرضا بصورة عشوائية، ونتيجة التأمين هي أن الخسارة التي كانت ستقع على شخص بمفرده توزع بطريقة عادلة على أفراد مجموعة كبيرة تتعرض للخطر نفسه.

## ٥) التأمين في معجم المصطلحات الاقتصادية:

فقد عرفه (غطاس، ١٩٨٥م، ص٢٩٢) بأنه عقد يسمى بوليصة، يتعهد بموجبه أحد الطرفين المتعاقدين، ويسمى المؤمن (Inusrer) لقاء عوض يسمى قسط التأمين (Premium) بدفع مبلغ متفق عليه من المال إلى الطرف الآخر ويسمى المؤمن عليه (Insured) تعويضاً عن خسارة أو ضرر أو أذى لحق بشيء ذي قيمة ومنفعة قابلة للتأمين نتيجة لخطر من الأخطار (Hazard). ويجوز للمؤمن عليه أن يدفع قسط التأمين دفعة واحدة أو على دفعات، وقد يكون عقد التأمين لمدة محددة أو لحين وقوع حادث ما في المستقبل. وقد يكون الشيء المؤمن عليه ملكاً أو أصلاً أو دخلاً، أو حياة الإنسان بالذات.

## ٦) مفهوم التأمين الصحي:

تعددت تعاريف التأمين بصفة عامة وكذلك التأمين الصحي بصفة خاصة، ومع تقارب التعاريف إلا أن هناك اختلافاً بينها، ومصدر هذا الاختلاف هو أن كل كاتب ينظر للتأمين من زاوية مختلفة فمنهم من ينظر إليه من زاوية التكافل الاجتماعي ومنهم من ينظر إلى التأمين الصحي في إطار القانون ومنهم من ينظر إليه في إطار العقود ومنهم من ينظر إليه من الناحية الاقتصادية. فمن الناحية الاجتماعية وعند من ينظر إلى التأمين من زاوية التكافل والتعاون والتعاضد فيعرفه (حربي، ١٩٩٤م، ص٦٧) "بأنه وسيلة لتوزيع الخسائر المادية التي يتعرض لها بعض الأفراد من بين مجموعة كبيرة معرضين لنفس خطر المرض حيث يساهم الجميع بمبلغ معين يعرف بقسط التأمين لضمان الرعاية الصحية الكاملة لمن يتعرض لخطر المرض. وهنا تبرز فكرة التضامن الاجتماعي المتمثلة في كافة صور التأمين حيث يساهم الذين لم يصابوا بالمرض خلال فترة معينة".

وعرفه (البكر، ١٩٩٤م، ص٣٥) بأنه تكافل بين أفراد المجتمع، ويخفف على من يتعرض لإصابة أو مرض في تحمل ما يترتب عليه من أعباء مالية قد تفوق قدرته المالية المحدودة، فالتأمين عبارة عن مساهمات مشتركة للأفراد تجمع للاستفادة منها عند الحاجة،

وبهذا فالمخاطرة لا يتحملها المصاب لوحده بل هي موزعة على جميع المشاركين، فكلما ارتفع عددهم انخفضت درجة المخاطرة.

أما من الناحية القانونية، والتي تركز على التعويض للمؤمن عليه فيمكن تعريف التأمين الصحي كما ذكر (ابن سعيد، ١٤٢١هـ، ص٥٦) بأنه "ذلك النوع من التأمين الذي يقدم تعويضا للمؤمن عليه ضد الإنفاق وخسارة الدخل الناتجة عن خسارة الصحة".

أما من الناحية الاجتماعية الاقتصادية فعرفه (السقا ورضوان، ١٩٩٩م، ص٢٧) بأنه "وسيلة اجتماعية، اقتصادية بتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط لمقابلة الخسائر المحتملة الوقوع في حالة المرض عن طريق نقل مسؤولية هذه الخسائر إلى هيئة أو منظمة، أي أن الغرض هو تأمين المؤمن عليه في حالة المرض أو الإصابة وذلك بتوفير العلاج أو المال اللازم للعلاج بالتعويض النقدي عند حدوث العجز عن العمل بسبب المرض للمؤمن عليهم".

وعند مقدمي الخدمات الصحية عرفه (بني، ١٩٨٦م، ص٩) ويقصد "بالتأمين الصحي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) للمواطنين بصورة متكافئة ومتكاملة وصولا إلى هدف الصحة للجميع".

وحدد (الفنيسان، ١٩٩٦م، ص٢٠٤) في تعريفه للتأمين الصحي بأنه "عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فردا كان أو جماعة) من مرض معين أو الوقاية من المرض عامة مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط".

أما من الناحية الإدارية فيعرفه (نصار، ١٩٨١م، ص١٠) بأنه "نظام أو سلسلة من الإجراءات لحماية المواطن ضد أخطار المرض أو الإصابة وهذه الإجراءات تكفل تقديم رعاية طبية عاجلة وكاملة لكل من يحتاج إلى هذه الرعاية وتعويضه ضد العجز المؤقت الذي ينتج عن المرض أو الإصابة وفقا لنظام التأمين الاجتماعي".

ومن خلال ما سبق عرضه من تعاريف التأمين الصحي يتضح لنا أن أساس فكرة التأمين الصحي أو الغرض منه هو تقديم رعاية طبية عالية الجودة متكاملة العناصر ويتيح فرصاً متكافئة للجميع بصرف النظر عن القدرة المالية للمؤمن عليه وذلك بتوفير العلاج أو المال اللازم للعلاج وبالتعويض النقدي للمؤمن عليه عند حدوث العجز بسبب المرض.

كما أن التأمين الصحي لا يقدم خدمات صحية مجانية ولا يقدم خدمات صحية بأجر وإنما هو نظام يجمع بين هذا وذاك، فالفرد (المواطن) يشارك بقدر معين من المال، كما تشارك المنشآت الحكومية والعمالية وأيضاً تشارك الدولة بقدر آخر ومن مجموع حصيلة هذه المشاركات يتم علاج المؤمن عليهم حسب حاجتهم للعلاج وليس حسب مساهماتهم أو قدراتهم المالية.

والتأمين الصحي أيضا يحقق فكرة التكافل بين الأفراد المؤمن عليهم، لأن كل فرد منهم يتحمل قدر استطاعته ويعالج حسب حاجته، ولهذا فإن التأمين الصحي يحقق إسهام وتكافل ذوي الدخول المرتفعة في تغطية تكاليف غير القادرين والسليم يساهم لعلاج المريض كما أنه يساعد الفرد بأن يتكافل مع نفسه بحيث يدخر في فترة سلامته ليغطي نفقات علاجه في فترة مرضه.

**الخلاصة:**

من خلال استعراض التعاريف السابقة للتأمين بصفة عامة وللتأمين الصحي بصفة خاصة يتضح لنا أن هناك تقاربا بينها في المعنى والمحتوى والعناصر والأسس والخصائص بالرغم من الاختلاف الشكلي لهذه التعاريف حيث أن أساس فكرة التأمين هي القيام على التعاون والتضامن حسب ما ورد في التعاريف فقد ظهر لنا من خلال تلك التعاريف أن نظام التأمين هو نظام تعاوني منظم تنظيما دقيقا بين عدد كبير من الأفراد معرضين جميعا لخطر معين وإذا تحقق حدوث الخطر على بعض من الأفراد تعاون الجميع على مواجهة ذلك الخطر

من خلال اشتراك الجميع بدفع قيمة (القسط) لتلافي أضرار الخطر الذي لحق ببعضهم بدلا من أن يقابله أولئك الذين لحق بهم الضرر فقط.

ويخلص الباحث إلى تعريف التأمين الصحي بأنه التكافل الصحي وهو ذلك النظام القائم على التعاون والتكافل بين الأفراد لمواجهة خطر المرض الذي يلحق بأحدهم من قبل جميع الأفراد من خلال دفع تكاليف العلاج للمصاب (المريض) من المال المجموع من أقساط التأمين التي دفعها الأفراد المشتركين في التأمين الصحي (المؤمن عليهم) بدلا من أن يواجه الفرد المصاب خطر المرض ويتحمل الضرر وحده فقط.

## أركان عقد التأمين الصحي:

من خلال استعراض مفهوم التأمين عامة ومفهوم التأمين الصحي بصفة خاصة ظهر لنا بوضوح أن هناك تشابها بين مكونات وعناصر عقد التأمين الأساسية كما ذكر ذلك (عليان، ١٩٩٦م، ص١٩) أن هناك عناصر أساسية يتكون منها عقد التأمين هي ما يلي:

(١- المؤمن ٢- المؤمن عليه ٣- الايجاب والقبول ٤- محل عقد التأمين

٥- مبلغ التأمين ٦- الخطر ٧- القسط ٨- المصلحة التأمينية).

وقياسا على ذلك ولتشابه عناصر العقدين فإن عقد التأمين الصحي يتكون من تلك العناصر الأساسية التالية:

### ١) المؤمن:

وهو الطرف الذي يأخذ على عاتقه تقديم الخدمات الصحية أو التعويض المالي عند تعرض الطرف الثاني (المؤمن له) لخطر المرض.

### ٢) المؤمن له:

وهو الطرف الذي يلتزم (للمؤمن) بدفع القسط أو الاشتراك مقابل تمتعه بالتأمين الصحي لمواجهة خطر المرض.

## ٣) الإيجاب والقبول:

يشترط وجود الإيجاب والقبول بين المؤمن والمؤمن عليه وأن يكون هناك اتحاد وتوافق بين ارادتي المتعاقدين.

## ٤) محل عقد التأمين:

في التأمين الصحي يكون محل التأمين هو الشخص الذي أجرى التأمين على صحته من مخاطر الأمراض.

## ٥) مبلغ التأمين:

هو ما يتعهد المؤمن بدفعه إلى المؤمن له عند حدوث المرض وفقاً للعقد المبرم بينهما سواءاً كان ذلك خدمات صحية وعلاجية أو تعويض مالي.

## ٦) الخطر:

هو عبارة عن حدوث مرض مستقبلي يهدد المؤمن له ويحتمل وقوع الخسارة بسببه في الوسائل أو الأهداف.

## ٧) قسط التأمين:

هو المبلغ المالي المتفق عليه الذي يدفعه المؤمن له شهرياً أو سنوياً إلى المؤمن مقابل تعهد الأخير بتقديم خدمات صحية وعلاجية أو تعويض مالي قيمة الخدمات الصحية عند حدوث المرض أو الحاجة للعلاج من المرض.

## ٨) المصلحة التأمينية:

ويقصد بها تحقيق الأمن والطمأنينة إلى نفس المؤمن له تجاه وقوع خطر المرض وما يترتب على ذلك من خسائر قد تعجزه أو تضره في حالة انعدام التأمين الصحي.

## خصائص التأمين الصحي:

لا يختلف التأمين الصحي عن التأمين الاجتماعي من حيث الخصائص فالتأمين الاجتماعي كما ذكر (ثنيان، ١٩٩٣م) عقد لازم وعقد إذعان وعقد معاوضة وعقد احتمال وقياساً على ما ذكره (ثنيان، ص٩٦) فإنه يمكن القول بأن التأمين الصحي:-

- عقد لازم.
- عقد إذعان.
- عقد معاوضة.
- عقد احتمالي.
- عقد استمرار.

ويتميز التأمين الصحي بالمميزات التي يتميز بها التأمين الاجتماعي والتي ذكر منها (الثنيان، ص٩٦) الآتي:

١) إنه وظيفة اجتماعية، حيث إن الحاجة الاجتماعية والصحية تقتضيه.

٢) إنه تأمين إجباري لمن يشملهم هذا النظام.

٣) إنه تأمين محدود من حيث نوعية المؤمن لهم وأيضاً من حيث نوع الخطر المؤمن ضده.

٤) أقساطه تتسم غالباً بانخفاض قيمتها ولا يختص المؤمن له وحده بتسديدها بل قد يساهم صاحب العمل أو الدولة أو هما معاً في تسديد هذه الأقساط.

والتأمين الصحي التعاوني يجسد التكافل الاجتماعي، حيث يتم اشتراك المجتمع في التأمين الصحي بفئاته وطبقاته كافة وبرسوم تمثل نسبة الاشتراك لكل فرد بحيث يتحمل من العبء قدر استطاعته مقابل حصوله على حاجته من الخدمات الصحية. ومن خلال ذلك فالجميع يشاركون بعضهم بعضاً من أجل سلامة الجميع. وبناءً على ذلك فخصائص التأمين الصحي الأساسية قائمة في التأمين الاجتماعي وعلى ذلك تم قياس كل منهما على الآخر لأن حقيقة الأصل واحد ولو تغيرت المسميات.

## أهداف التأمين الصحي:

يهدف التأمين الصحي إلى تحقيق عدة مزايا ومنافع صحية واجتماعية واقتصادية قام من أجلها، وسعت حكومة المملكة العربية السعودية إلى تطبيقه من أجل تحقيق أهداف إنسانية واجتماعية واقتصادية وسياسية وتنموية.

وقد حدد (الساعاتي، ١٤٢٠هـ، ص١٧٩) أهداف تطبيق الضمان الصحي في المملكة العربية السعودية في الآتي:

١) تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي في تحمل تكاليف العلاج.

٢) توفير مصدر لتمويل الخدمات الصحية العامة.

٣) توفير غطاء صحي وفق المنهج الإسلامي.

٤) ترشيد الإنفاق وتحسين كفاءة الخدمات الصحية.

٥) تطوير القطاع الصحي الخاص واستغلال طاقتها التشغيلية.

٦) توفير فرص عمل للمواطنين السعوديين.

٧) توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة وذات جودة عالية.

٨) تحسين المؤشرات الصحية والإحصائية من حيث معدل الأسرة إلى عدد السكان ومعدل القوى العاملة الصحية إلى عدد السكان وغيرها.

٩) تحسين المستوى الصحي العام للسكان.

* والتأمين الصحي يحقق مزايا وإيجابيات اقتصادية وسياسية واجتماعية ومن تلك المزايا، وإضافة إلى ما سبق ذكر (برعي، ١٩٩٦م، ص٦٨):

١) المساهمة في دعم الاقتصاد الوطني من خلال زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة وتشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية.

٢) المساهمة في توفير الموارد المالية لتمويل نفقات الخدمات الصحية الباهظة التكاليف وتقليل العبء على الميزانيات العامة للحكومات.

٣) المساهمة في تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية للسكان وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بين جميع أفراد المجتمع للحصول على رعاية صحية جيدة غير مشروطة بقدراتهم المالية.

٤) المساهمة في تحقيق الأمان والاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات المؤمن عليهم والتخلص من مظاهر القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توافر الأساليب المناسبة للعلاج.

٥) المساهمة في تخفيف الضغط على استخدام المرافق الصحية العامة المجانية، وتوفير بدائل مناسبة لتقديم خدمات صحية ذات مستوى جيد وبأسعار إقتصادية.

* والتأمين الصحي يسهم في تحقيق البناء والتوازن الاقتصادي للدولة من خلال الابعاد الاقتصاديه والتي حددها (دروش، ١٩٩٤م) في الآتي:

١) المحافظة على رأس المال البشري (الثروة البشرية) وزيادة انتاجيته نتيجة لتمتعه بمستوى صحي فعال.

٢) يؤثر التأمين الصحي على حجم العمالة وأستقرارها في العمل.

٣) يسهم التأمين الصحي من خلال برامجه العلاجية إلى زيادة النمو السكاني وانخفاض نسبة الوفيات.

٤) يسهم في نمو القطاع الخاص وظهور منشآت صحية جديدة.

٥) يسهم في الحفاظ على مستوى العامل الصحي وطول خدمته العملية.

٦) يسهم في ارتفاع متوسط الأعمار للأفراد.

٧) يسهم في المحافظة على العمر الأفتراضي للمنشآت والأجهزة الطبية.

- والتأمين الصحي له دور فاعل في التنمية ويعتبر أحد الأساليب التنموية الحديثة في القطاع الصحي ويذكر (بني، ١٩٨٦م، ص١٠):

١) أن التأمين الصحي يمتاز بالطابع التنموي للدولة بأعتبارها تسعى إلى الرقي بالمجتمع ورفاهيته ومن ثم لابد من تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين بصورة متساوية وعادلة مقابل رسوم اشتراك لا تؤثر على وضعهم الاقتصادي.

٢) يتم من خلاله القضاء على الخلل وضعف الإمكانات والعمل على تطوير الخدمات الصحية بشكل متوازن بين المدن والقرى.

٣) يتم من خلاله تحقيق شعار الصحة للجميع باعتباره حقا أساسيا مشروعا من حقوق الإنسان (كالتعليم) وليس أمتيازا يقتصر على القلة القادرة ماديا.

٤) توفير أفضل الخدمات الصحية للشرائح الاجتماعية التي كانت محرومة منها والمتمثلة في الطبقات ذات الدخول البسيطة وفي الفقراء وسكان القرى والهجر.

٥) القضاء على الهدف الربحي والذي كان يحكم العلاقة بين القطاع الخاص وطالبي الخدمات الصحية.

٦) بناء المؤسسات الصحية ذات المواصفات العالية والكفاءة العالية وذات التجهيزات والتقنيات المتطورة من أجل تمكينها من أداء دورها على الوجه الأكمل.

## المبحث الثاني

### التأمين الصحي التعاوني في الإسلام:

أصبح التأمين الصحي التعاوني عنصراً هاماً في حياتنا ومنهجاً سلكته معظم الدول لتوفير العلاج والرعاية الصحية لمواطنيها، لاسيما بعد أزدياد عدد السكان وارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى المواطن وارتفاع تكاليف العلاج في المستشفيات الخاصة وقصور الموارد العامة عن الوفاء بتمويل الخطط والمشاريع الحكومية واتساع مجالات الإنفاق المرتبطة بالتطور الحضاري والتقني، وبناءً على ذلك أدركت الحكومات أهمية تطبيق التأمين الصحي التعاوني كأحد بدائل تمويل الخدمات الصحية لمواطنيها، والمملكة العربية السعودية أدركت أهمية مواكبة التطور السريع في المجال الصحي في ظل ازدياد النمو السكاني المرتفع ووعي المواطن وزيادة احتياجاته الصحية، مما حدا بالحكومة إلى دراسة واعداد تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني المباح شرعا والذي لا يتعارض مع ديننا الحنيف للارتقاء بالخدمات الصحية المقدمة للمواطن والمقيم على حد سواء للمحافظة على الثروة البشرية ذات الإسهام الفعال في التنمية الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والسياسية.

### الرؤية الشرعية للتأمين الصحي التعاوني:

الرؤية الشرعية للتأمين الصحي التعاوني من خلال فتوى هيئة كبار العلماء، حيث حسم مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية الرأي حول مسألة التأمين وذلك باعتبار التأمين التعاوني البديل الشرعي للتأمين التجاري في تحقيق ما تحتاجه الأمة من تعاون وذلك وفق ضوابط تم تحديدها في قرار الهيئة رقم ٥١ وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ والأسس والمبادئ التي يقوم عليها لتحقيق الأهداف التعاونية الشرعية حيث جاء في الفتوى ما يلي:

إن التأمين التعاوني عقد تبرع يقصد منه التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسؤولية عند حدوث الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فليس الهدف منه الربح ولكن الهدف توزيع الأخطار والتعاون على تحمل الأفراد، كما أن التأمين التعاوني يخلو من ربا الفضل والنسيئه ويجب ألا تستغل الأقساط في المعاملات الربوية.

وظهر التأمين الصحي التعاوني حديثا كفكرة مستحدثة في المملكة العربية السعودية من أجل الارتقاء وتطوير الخدمات الصحية والاهتمام بصحة المواطن والمقيم، ولم يرد بها نص من قبل ولم يعرفها الأوائل، ولذلك صدر قرار هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية بجواز التأمين التعاوني.

وقد ذكر (المصري، ١٤٠٧هـ) أن هناك كثيرا من علمائنا المعاصرين أفتوا بحل عقود التأمين على اعتبار أنها مما جرى به العرف واقتضته ضرورات التجارة والصناعة في عصرنا الراهن، والأصل في الأمور الإباحة.

ويعتبر التأمين الصحي أحد صور التأمين التعاوني الذي يهدف إلى توزيع آثار خطر المرض كما ذكر (الترتوري، ١٤١٨هـ) أن التأمين الصحي التعاوني ضرب من ضروب التأمين التعاوني، كما يمكن أن يجتمع أناس يتعاونون على تفتيت الأخطار التي يمكن أن تقع لممتلكاتهم، يمكن أن يجتمع هؤلاء لتفتيت النفقات العلاجية التي يمكن أن تلحق أحدهم، وقد وافق مجمع الفقه الإسلامي في دورته الأولى سنة ١٣٩٨هـ برابطة العالم الإسلامي بمكة المكرمة على جواز التأمين التعاوني.

والتأمين الصحي التعاوني لا ينفي وقوع الأحداث والأمراض التي قدرها الله كما ذكر (بلتاجي، ١٤٠٢هـ) بل التأمين يتفق مع قواعد الشريعة ونصوصها وينبغي أن تراعي في تطبيقه هذه النصوص والقواعد، وليس ما يفعله البشر من إبرام عقود التأمين بمعنى منع وقوع الخطر، وليس في مستطاعهم عمل ذلك لأنهم لا يستطيعون أن يتحكموا في القضاء والقدر، ولكن الذي في مستطاعهم هو تخفيف آثار الخطر بقدر الاستطاعة، فإذا نزل المرض وجب التداوي منه كما ورد في الحديث النبوي (ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء) [صحيح مسلم] ومن ثم يجب التداوي، ويشترط في التأمين التعاوني التعاون والمساعدة والتبرع وفعل الخير وليس بغرض التجارة والكسب.

قال تعالى: {وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان} المائدة آية(٢).

وقول النبي صلى الله عليه وسلم (مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى) [رواه البخاري].

وأضاف (الفنجري، ١٤٠٤هـ) أن التأمين ليس ضمانا لمنع وقوع الخطر المؤمن عليه وليس تحديا للقضاء والقدر بل هو تخفيف لآثار الخطر عن طريق تعاون المؤمن عليهم جميعا.

كما أن نظام التأمين تعاقد ذو أثر اقتصادي يقوم على أساس المعاوضة هدفه التعاون على تخفيف أضرار المخاطر التي لحقت بالمؤمن عليه.

## حكم التأمين الصحي التعاوني:

التأمين الصحي المتوقع تطبيقه قريبا في المملكة العربية السعودية هو التأمين الصحي التعاوني الذي قامت وزارة الصحة بإعداد الدراسات المستفيظة حول مدى إمكانية إيجاد نظام للتأمين الصحي التعاوني في ظل الشريعة الإسلامية الغراء ويمكن بموجبه استفادة جميع المواطنين والمقيمين من التأمين الصحي التعاوني المباح شرعا، والتأمين الصحي التعاوني هو أحد أنواع التأمين التي ذكرها (الترتوري، ١٤١٨هـ) وحدد الحكم الشرعي في كل منها كما يلي:

١) التأمين الصحي التجاري.

٢) التأمين الصحي الاجتماعي.

٣) التأمين الصحي التعاوني.

* التأمين الصحي التجاري إذا احتوى على أحد الأحوال التالية فحكمه حرام:

أ ) إذا كانت الأقساط التي يدفعها المؤمن له مساوية لقيمة الخدمات العلاجية التي يحصل عليها.

ب) إذا كانت الأقساط التي يدفعها المؤمن له أقل مما يأخذه من المؤمن سواء أكان في شكل خدمات علاجية أم قيمة العلاج أم تعويضا ماليا.

جـ) إذا كانت الأقساط التي يدفعها المؤمن له أكثر من قيمة الخدمات العلاجية التي يحصل عليها.

أما التأمين الصحي الاجتماعي فحكمه مندوب عموما وقد يكون واجبا إذا اختص بعلاج الفقراء ومتوسطي الدخول الذين لا يستطيعون تحمل نفقات الخدمات العلاجية الباهظة الأسعار، ويهدف إلى تقديم خدمة صحية تفرضها الدولة لجميع المواطنين أو الموظفين أو العمال الأجانب عن طريق شركات متخصصة تتولى تقديم الخدمات العلاجية مقابل اشتراك يسهم في تمويله المؤمن له وصاحب العمل والدولة، والغرض منه حماية الطبقة ذات الدخل المحدود وتأمين العلاج لهم عند تعرضهم للمرض وأن الربح ليس هدفا من أهدافه الرئيسة، كما أن التأمين الصحي الاجتماعي له أثر إيجابي في تحسين المستوى الصحي للأفراد وتقليل نسبة الوفيات، وأن الأقساط التي يدفعها المؤمن لهم (المنتفعون) يختلف من شخص إلى آخر لأن ما يدفعه الموظف أو العامل أو الفرد نسبة من الراتب وليس مبلغا محددا.

أما التأمين الصحي التعاوني (التبادلي) فحكمه مباح وقد يكون مندوبا أو واجبا لأنه عقد تبرع وليس عقد معاوضه، فهو عقد بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال. وسمي هذا التأمين تعاونيا لأن الجماعة تتعاون فيما بينها على الاشتراك في تحمل أعباء النفقات العلاجية عند مرض أحدهم كما سمي تبادليا لأن كل واحد من المشتركين يتبادل مع الآخرين المعونه في العلاج إن احتاج إليه، والتأمين الصحي التعاوني (التبادلي) يحقق مصالح للناس من خلال التعاون على تفتيت الأخطار والنفقات العلاجية التي يمكن أن تلحق أحدهم، والتامين الصحي التعاوني (التبادلي) يحقق المشاركة لمساعدة الفقراء ومتوسطي الدخل للحصول على الخدمات الصحية والعلاجية دون تحمل تكاليف باهظة.

وهذا النوع من التأمين هو ما يهمنا أمره وتسعى وزارة الصحة إلى تطبيقه من خلال شركات تأمين صحي تعاونية، حيث نصت المادة (١٧) من قرار مجلس الوزراء أن تعمل الشركات بنفس أسلوب التأمين التعاوني الذي أجازته هيئة كبار العلماء. انظر ملحق رقم (٢)

## المبحث الثالث

### بدائل تمويل التأمين الصحي:

هناك عدة بدائل وعدة خيارات للتأمين الصحي، منها التأمين الخاص والهيئات التأمينية والتأمين الاجتماعي والتأمين التعاوني التبادلي والتأمين الحكومي المشترك، وممارسة دور الوسيط في التأمين والتأمين الذاتي والخصخصة.

### ١) التأمين الخاص (التجاري):

أورد (بوعلي، ١٩٩٤م،ص٧٧) أن التأمين الخاص "هو قيام الشخص بشراء بوليصة التأمين الصحي من المؤمن (شركة التأمين) لقاء مبلغ مقطوع يدفع في بداية فترة التعاقد أو أقساط شهرية على أن يقوم المؤمن بسداد تكاليف العلاج إلى الجهة الموفرة له أو تعويض المؤمن عليه بتكاليف العلاج التي يقوم بسدادها لجهة العلاج وقت حدوث المرض".

ويعرف (الترتوري، ١٤١٨هـ، ص٩٩) التأمين الخاص بأنه "عقد يدفع بموجبه المستأمن (المؤمن له) أقساط التأمين للمؤمِّن مقابل تعهد المؤمن أن يدفع مبلغاً معيناً دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن يرد مصروفات العلاج والأدوية كلها أو بعضها للمستأمن إن مرض".

ويلاحظ من هذا التعريف أن التأمين الصحي التجاري عقد معاوضه ماليه بين المؤمن له (المستأمن) وبين المؤمن (شركة التأمين) حيث يدفع المؤمن له أقساط تأمين للمؤمن مقابل التزام المؤمن بدفع المبلغ المتفق عليه وقيمة العلاج إن وقع مرض بالمؤمن له.

وقد انتشر التأمين الصحي التجاري في الدول الرأسمالية لأن تكاليف العلاج فيها كبيرة وبخاصة إجراء العمليات الجراحية لذا يلجأ الشخص بمحض إرادته إلى التأمين الصحي التجاري فيدفع أقساطاً شهرية أو سنوية متفرقة تعفيه من دفع تكاليف العلاج التي ربما تكون باهظة يعجز عن دفعها مرة واحدة.

كما ينظر إلى التأمين الخاص كما أوضح (عز، ١٩٧٠م) على أنه ذلك التأمين الـذي تقوم به عادة شركات التأمين مقابل ربح مادي وتقوم فكرة التأمينـات التجاريـة علـى أساس توزيع الخسائر التي تتحقق لدى البعض على جميع الأفراد المشتركين فـي التـأمين، ويتـم حساب أقساط التأمين طبقا لأسس رياضية وتعرض شركات التأمين أنواعا مختلفة من وثائق التأمين الصحي التجاري سواء الجماعي منه أو الفردي، ويتحدد قسط التـأمين طبقـا للمزايا التي يطلبها الأفراد.

والتأمين الخاص يتطلـب توفير أطـراف ثلاثـة، فقد أورد (السـاعاتي، ١٤٢٠هـ) أن التأمين الصحي الخاص (الأهلي) وتقدمه شركات التأمين كطرف ثالث ويكـون الطـرف الأول هو المؤسسة الصحية المقدمة للخدمة الصحية بينما الطرف الثاني هـو المسـتفيد مـن خدمـة هذه المؤسسة.

والتأمين الخاص نظام تأمين مرن حسب ما ذكر (رضوان، ١٩٩٧م) إذ يمكن للتأمين الخـاص أن يوفـر أنماطا متعددة مـن الرعايـة الصحيـة التأمينيـة تتناسـب ورغبـات المؤمـن عليهم، وتتناسب أيضا وقدراتهم المادية فهو نوع من التـأمين الاختيـاري، لكنـه لـيس معنيـا باستكمال امكانيات الرعاية الصحية في المجتمع وإنما في استخدام المتاح منـها وفـي تحديـد التزاماته قبل المؤمن عليهم بما يكفل له تحقيق عائد من العمليات التأمينية يتناسب مع درجة التعرض للخطر.

ويدخل تحت التأمين الخاص تأمين رجال الأعمـال علـى أعمالـهم بشـكل جمـاعي فقد أورد (بوعلي، ١٩٩٤م) أن أرباب العمل يقومون بالتأمين على عمالهم لدى شركة التأمين أو المؤسسات المقدمة للرعايـة الصحيـة لـدى شركة التـأمين أو المؤسسـات المقدمـة للرعايـة الصحية على أن يقوم أصحاب العمل بسداد أقساط تأمين شهرية تعادل نسبة محددة من أجور العاملين، وهـو ما يمثل فوائـد عمل إضافية للعاملين. كما قد يشارك العـاملون بسـداد نسـبة أقـل من رواتبهم الشهرية ضمن قسـط التأمين مقابـل حصولـهم علـى الرعايـــة الصحيـــة مـن المؤسسات المؤمنين لديهـا أو أن تقـوم شركات التأمـين لتعـويض المؤمنين لديهـا عن تكاليف العلاج.

وهناك برامج تأمين متعددة تقدم للأفراد أو العاملين من خلال ما تقدمه شركات التأمين الصحي للقطاع الخاص حيث ذكر (السويلم، ١٤١٥هـ) أن شركات التأمين الصحي تقوم بتقديم برامج مختلفة للتأمين الصحي للأفراد أو العاملين بالشركات والمؤسسات، حيث يتم إصدار وثيقة تأمين تضمن لحاملها توفير الخدمات الطبية المتفق عليها لفترة زمنية محددة تكون عادة لمدة سنة.

وتشمل قيمة قسط التأمين عادة العناصر التالية:-

١) التكلفة المتوقعة للخدمات الطبية خلال فترة محددة مضروبة في النسبة المئوية لاحتمال حدوث المرض أو الإصابة.

٢) النفقات الإدارية.

٣) تكلفة إجراءات إنهاء المطالبة.

## ٢) الهيئات التأمينية:

ومن بدائل التأمين الصحي ما يعرف بالهيئات التأمينية وهي تمثل الطرف الأول في عقد التأمين وتقوم بتقديم خدمة التأمين لطالبي التأمين وهي هيئات ذات ثقة ومركز مالي يؤهلها لتقديم خدمات التأمين للمؤمن عليهم بطريقة تولد الثقة التامة في نفوسهم نحوها. وهي هيئات مالية منظمة قادرة على دفع قيمة التعويضات المستحقة عند تحقق حدوث الخسارة أو المرض أو غيره وأوضح (السويلم، ١٤١٥هـ) أن هذه الهيئات توجد في الولايات المتحدة الأمريكية وهي تهتم بإعداد وإدارة خطط للرعاية الصحية ويتمثل أسلوب عملها في تقديم مشاريع تنحصر أعمالها في تلقي مبالغ مسبقة لتغطية صحية شاملة للمشاركين فيها تشمل كلا من خدمات المستشفيات وعيادات الأطباء لمدة زمنية متفق عليها. وتصنف هذه الهيئات إلى نوعين:- هيئات محدودة، وفيها ويلزم المشاركون بتلقي الخدمات الصحية من مقدمين محددين للخدمات الطبية دون غيرهم يتم الاتفاق معهم مسبقا، وهيئات عامة يسمح للمشاركين فيها بتلقي الخدمات الطبية من خارج نطاق الشبكة المحددة ولكن عليهم دفع مبالغ نظير ذلك. وقد بدأ ظهور هذه الهيئات في الولايات المتحدة الأمريكية من

قبل مجموعة من الأطباء، ثم أخذ هذا الأسلوب في الانتشار مما شجع مستشفيات القطاع الخاص في الدخول إلى هذا المجال.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الهيئات ليست شركات تأمين فقط بل هناك تشابه كبير بينها وبين ما تقدمه بعض مستشفيات القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية لأصحاب العمل لعلاج منسوبيهم طبقا لأعدادهم بحيث يتم الاتفاق على مبلغ مقطوع شهريا عن كل موظف يتم دفعه للمستشفى نظير تقديم الخدمات العلاجية.

ولهيئات التأمين الصحي دورها ومهامها فقد حدد (محمود، ١٩٩٦م) أن هيئات التأمين الصحي على المستوى الدولي هي هيئات للتأمين قبل أن تكون هيئات للعلاج ومهمتها في المقام الأول، تجميع موارد التأمين الصحي من مصادر التمويل كل بحسب حاجته وهي في هذا الشأن إنما تحقق أسس ومبادئ التأمين من حيث التكافل الاجتماعي وعدالة التوزيع فهي تعمل على تحويل الدخول من الأصحاء إلى المرضى ومن ذوي الدخول الكبيرة إلى ذوي الدخول الصغيرة وكلما ارتفعت مستويات الخدمة الطبية كلما زادت فاعليتها في عملية عدالة التوزيع، وقد جرى التطبيق العملي في جمهورية مصر العربية على أن تختص هيئة التأمين الصحي بالعلاج فقط على أن تتولى الهيئات التأمينية الأخرى صرف المزايا النقدية.

وهناك أسلوبان لممارسة هيئات التأمين لنشاطها ويحدد (صادق، ١٩٩٣م) أن هيئات التأمين تقدم خدماتها على شكل أسلوبين:- إما مباشر من خلال ما تملكه من مستشفيات وعيادات ومراكز لإصابات العمل وإما غير مباشر من خلال العيادات الخارجية مع الأطباء والمستشفيات.

## ٣) التأمين الصحي الاجتماعي:

هو أحد بدائل التأمين الصحي ويعرفه (عز، ١٩٧٠م، ص٦) بأنه ذلك التأمين الذي تفرضه الدول بصورة إجبارية أو تكتفي بإعانته بهدف حماية الطبقات الضعيفة في المجتمع. والتأمين الصحي الاجتماعي هو الحل الوسط بين التأمين الصحي التجاري من ناحية والمساعدات الاجتماعية من ناحية أخرى فمن ناحية، يأخذ التأمين الاجتماعي بنظرية

التأمين وتحصيل الأقساط (والتي تسمى اشتراكات) ومن ناحية أخرى يراعي الظروف المادية لأفراد المجتمع.

وللتأمين الصحي الاجتماعي مميزاته حيث ذكر (السويلم، ١٤١٥هـ) أن هذا النوع من التأمين الصحي يتميز في أنه إجباري إلزامي لجميع السكان بحيث لا يوجد تفاوت في الخدمات الصحية التي يقدمها هذا التأمين للأفراد بصرف النظر عن دخل الفرد أو استطاعته للدفع، ويتم تمويل التأمين الصحي الاجتماعي الوطني عادة بمساهمات أصحاب الأعمال والعاملين لديهم، وتحدد هذه المساهمات بنسب معينة طبقا لجداول الرواتب ويشمل أيضا أصحاب الأعمال الصغيرة، بينما تتم تغطية المعوزين والعاطلين عن العمل بواسطة الدولة من خلال برامج خاصة.

والتأمين الصحي الاجتماعي يوصف كما أوضح (الترتوري، ١٤١٨هـ) بأنه خدمة صحية تفرضها الدولة لجميع مواطنيها أو الموظفين ونحوهم عن طريق مؤسسة تتولى ذلك مقابل اشتراك يسهم في دفعه المنتفع (المؤمن له) وصاحب العمل والدولة وهو صورة من صور خدمات التأمين الاجتماعي المطبق في دول العالم.

ويطبق التأمين الصحي الاجتماعي على جميع المواطنين في بعض الدول كأستراليا وبريطانيا والسويد، ويطبق على العمال سواء عملوا لأنفسهم أو عند غيرهم في دول أخرى كالنمسا والدانمارك وسويسرا وألمانيا الغربية وإيطاليا.

ويشارك في قسط التأمين الصحي الاجتماعي صاحب العمل والعامل والدولة وتختلف نسبة ما يلتزمه كل طرف من هذه الأطراف الثلاثة حسب قانون كل دولة، وأحياناً لا تلتزم الدولة بدفع أي التزام مالي ويكون دورها منحصراً في وضع القوانين ومراقبتها كما هو الحال في بلجيكا والدنمارك وفرنسا واليابان. بينما تسهم الدولة في الميزانية العامة في أكثر الدول كألمانيا الاتحادية والنمسا وإيطاليا وهولندا والنرويج والبرتغال وأسبانيا والسويد وسويسرا والمملكة المتحدة، وأحياناً يعفى الفرد من الإسهام في الميزانية ويقتصر الأمر على إسهام الدولة وصاحب العمل ومصادر أخرى كالضرائب كما في كندا وتشيلي والمجر وأحياناً لا يزيد إسهام العامل على ١% كما في إيطاليا، وقد يرتفع إسهام العامل ليصل إلى ٧٠% كما في سويسرا.

ويلاحظ مما سبق أن التأمين الصحي الاجتماعي إلزامي من قبل الحكومات على شعوبها ويهدف إلى مساعدة الفئات التي ينطبق عليهم.

وهناك عدة طرق لتمويل التأمين الصحي الاجتماعي كما أوضح ذلك (السقا ورضوان، ١٩٩٩م) أن التأمين الصحي الاجتماعي يمول عن طريق الاشتراكات ويقوم أساسا على مبدأ التكافل الاجتماعي، حيث يتحمل المؤمن عليهم من الأعباء المالية كل قدر استطاعته ويحصل من الرعاية كل حسب حاجته ويهدف إلى حماية الطبقات الضعيفة في المجتمع من أخطار المرض الذي يتعرضون له وتكون لا قدرة لهم على حماية أنفسهم بحكم ضعف قدرتهم المادية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج وحينما يمتد التأمين ليشمل فئات أو طبقات قادرة فإن الهدف ليس مجرد رعايتهم صحيا فقط، وإنما يتمثل ذلك في مساهمتهم في تحمل جزء من تكاليف علاج ذوي الدخول المنخفضة وغير القادرين على مواجهة أعباء تكاليف العلاج، فالاشتراكات تصب في معين واحد ويتكون منها رصيد واحد يغطي متطلبات تقديم المزايا الصحية المستحقة للمؤمن عليهم بوجه عام.

وتتبنى أغلب الدول سياسة تمويل التأمين الصحي الاجتماعي من خلال الاشتراكات والضرائب كما ذكر (برعي، ١٩٩٦م) أنه يتم تمويل التأمين الصحي الاجتماعي عن طريق الاشتراكات (وهو الاتجاه الغالب) حيث تقدر الاشتراكات على أساس تكوين احتياطات تكفي لمواجهة المزايا قصيرة الأجل وتعدل الاشتراكات دوريا كلما زادت التزامات النظام وأيضا عن طريق الضرائب وقد تكون هذه الضرائب مباشرة وتحدد بنسبة معينة من دخول الأفراد أو المنشآت أو أصحاب الأعمال، أو ضرائب غير مباشرة وتفرض على المبيعات من السلع كلها أو بعضها، كما أن الدولة تقوم بتحمل نفقات نظام التأمين الصحي الاجتماعي ضمن نفقات التأمينات الاجتماعية، هذا بالإضافة إلى وجود وسائل فرعية أخرى للتمويل كالرسوم التي يؤديها المؤمن عليهم مقابل التمتع بالمزايا العينية كالعلاج الطبيعي وأيضا الغرامات والفوائد التي يفرضها النظام نتيجة للتأخير في أداء الاشتراكات أو الضرائب في موعدها المقرر وكذلك الإعانات والهبات والوصايا التي يمنحها الأفراد والحكومات لدعم التأمين الصحي.

ومن ناحية أخرى أوضح (محمود، ١٩٩٦م) أن موارد التأمين تتكون أساسا من الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليه وصاحب العمل بالإضافة إلى مساهمات الدولة، وتتجه نظم التأمين الصحي على المستوى الدولي إلى إضافة عنصر جديد له أهميته في التمويل وهو ما يؤديه المريض من رسوم عند الحصول على الخدمة الطبية مع مراعاة ما تقضي به الاتفاقيات الدولية من حيث عدم تحميل المنتفع بعبء يفوق طاقته المادية.

ومن صيغ تمويل التأمين الصحي الاجتماعي أيضا أشار (بوعلي، ١٩٩٤م) إلى قيام أرباب العمل بالتأمين على أعمالهم لدى مؤسسات التأمين الصحي الاجتماعي مقابل سداد أقساط شهرية تعادل نسبة معينة من أجور العمال ١٠% مثلا في حين يقوم العامل بسداد نسبة معينة أقل من رواتبهم ٥% مثلا لنفس المؤسسة التأمينية التي تديرها الدولة.

وقد تقوم هيئة التأمين الصحي بتوفير خدمات الرعاية الصحية للمؤمن عليهم من خلال مؤسساتها، أو قد تقوم بإجراء التعاقدات مع جهات تقديم الخدمات الصحية لأغراض توفير الخدمات الصحية للمؤمن عليهم لديها مقابل أجور محددة ووفقا لشروط تنظيمية متفق عليها. كما قد تقوم الدولة هنا بتحمل تكاليف التأمين أو توفير الخدمات الصحية للعاطلين أو غير القادرين على سداد الأقساط التأمينية أو رسوم العلاج.

ومن المتعارف عليه كما أوضح (السويلم، ١٤١٥هـ) أن رسوم استخدام الخدمات الصحية في المرافق الحكومية كرسوم الأدوية والفحوصات المخبرية والأشعة والإسعاف أو نقل المرضى فهي عادة ذات طابع رمزي لا يتوقع منه أن يغطي جميع تكاليف الخدمة الصحية أو أن تشكل عائدا ذا مردود ربحي إنما يقصد بها الترشيد وعدم إساءة استعمال الخدمات الصحية من قبل الأفراد. ومن الممكن أن يقوم القطاع الصحي بتصنيف الخدمات الصحية حسب مدى قابليتها لتقاضي الرسوم عليها وكذلك وضع قائمة بالأشخاص والأسر الذين يعفون من دفع تلك الرسوم مثل النساء الحوامل والمرضعات والأطفال والمعاقين والفقراء والمعوزين.

وعليه فإنه يمكن استثناء خدمات معينة من الرسوم مثل الخدمات الوقائية والإسعافية والتطويرية وخدمات المسنين ورعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية وعلاج الإدمان، وعلى العكس من ذلك فإنه فيما يختص بخدمات المراجعين للمستشفيات للحصول على عقاقير معينة متخصصة أو لإجراء العمليات التجميلية الاختيارية أو الذين لهم مطالب فندقية معينة فمن الممكن أن يتحملوا نسبة أكبر من التكاليف.

## ٤) التأمين الصحي التعاوني:

والتأمين الصحي التعاوني نموذج وبديل آخر للتأمين الصحي ويعرفه (الترتوري، ١٤١٨هـ، ص١٠٣) بأنه عقد بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة من الأموال بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال، مثلا أن يتفق أقارب أو أهل حرفة أو أهل حي أو تجار بلد أو طلبة جامعة على تشكيل جمعية تعاونية يدفع كل واحد قسطا معينا في كل شهر أو سنة أو يدفع مبلغا معينا دفعة واحدة تبرعا، وتجمع هذه الأموال لعلاج من يمرض منهم فيكون هذا تأمينا صحيا تعاونيا أو تبادليا. وسمي هذا التأمين تعاونيا لأن الجماعة تتعاون فيما بينها على الاشتراك في تحمل أعباء النفقات العلاجية عند مرض أحدهم وسمي تبادليا لأن كل واحد منهم يتبادل مع الآخرين المعونة في العلاج إن احتاج إليه.

ويلاحظ أن هذا العقد عقد تبرع يهدف إلى المساعدة في علاج من يلزمه ذلك وتفتيت عبء النفقات العلاجية التي قد لا يتحملها من يمرض، وهو عقد لا يهدف إلى الربح، لأن كل واحد من المشتركين مؤمن ومؤمن له.

ويدخل تحت التأمين التعاوني تعاون أصحاب المهنة الواحدة في التأمين، وعلى هذا الأساس يشير (السويلم، ١٤١٥هـ) أن التأمين التبادلي أو التعاوني هو أن يكتتب بعض الأشخاص الذين يتعرضون لنوع من الخطر بمبالغ نقدية ليؤدى منها التعويض لأي مكتتب منهم عندما يقع عليه الخطر المؤمن منه، وهذا النوع من التأمين لا يقصد منه الربح وإنما يقصد منه التعاون بين أصحاب المهنة الواحدة على توزيع المضار والمشاركة في تحمل المخاطر.

وللتأمين التعاوني سماته التي تدعو إلى تبنيه كما يشير (الساعاتي، ١٤٢٠هـ) إلى ذلك فإذا كان التأمين تعاونيا، فإن ذلك ينقل التأمين بعيدا عن المفاهيم الربحية التجارية إلى المفاهيم التكافلية التي لا تستهدف الربح، والضمان الصحي هو نظام يجسد مفهوم التكافل والتعاون من المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية التي يحتاجها، أي أنه يهدف إلى توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من الأفراد بدلا من تحميلها شخص واحد، وهو يحقق المشاركة من الفرد ومن صاحب العمل ومن الأصحاء مع المرضى ومن الأثرياء مع الفقراء ومن المجتمع ككل مع الفرد الذي يحتاج إلى رعاية صحية.

والتأمين الصحي التعاوني هو وليد البيئة كما ذكر (رضوان، ١٩٩٧م) أن التأمين الصحي لا يعمل في فراغ وإنما يؤثر ويتأثر بالمناخ العام الاقتصادي والاجتماعي والسياسي المحيط به، فقد أصبح الاتجاه نحو تشجيع القطاع الخاص وانحسار دور القطاع العام أمرا ذا تأثير واضح يجب التحسب له والمواءمة مع ما يفرضه من تغيرات دون التفريط في الدور الاجتماعي الكبير الذي تفرضه ظروف المجتمع الصحية واحتياجات أفراده وخاصة بالنسبة لمحدودي الدخل والبسطاء.

### ٥) التأمين الحكومي المشترك:

وهناك بديل آخر لتمويل التأمين الصحي يعرف باسم:- التمويل المشترك وهو ذلك التأمين الصحي المشترك الذي تقدمه شركات التأمين من خلال المستشفيات الحكومية كما ذكر (الساعاتي، ١٤٢٠هـ) بأنه نموذج ما زال في طور الاقتراح ويتمثل النموذج المقترح في تحويل مستشفى أو مجموعة مستشفيات عامة إلى شركة مساهمة مختلطة (حكومية وخاصة) بحيث تحسب موجودات المستشفيات وأصولها من مبانٍ وأجهزة ومعدات طبية وغير طبية وأثاث وغيره كأسهم للدولة في حدود لا تزيد عن ٥١% بينما تطرح بقية الأسهم للاكتتاب العام.

كما أوصت (ندوة الخدمات الصحية، ١٤٢١هـ) بتمويل بناء وتجهيز المرافق الصحية من قبل القطاع الخاص بنظام التأجير المنتهي بالتمليك لوزارة الصحة، والشراكة مع القطاع الخاص في تشغيل المرافق الصحية وتمويلها مع إعطاء المستثمر الفرصة لضمان تحقيق عوائد مالية من هذه الشراكة مع احتفاظ الدولة بملكية المشروعات على أن يتقاسم الربح بين المستأجر والحكومة.

## ٦) دور الوسيط في التأمين:

ويعتبر دور الوسيط أنموذجاً آخر لبدائل تمويل التأمين الصحي ودور الوسيط وهو أن تقوم شركات أو شركات التأمين أو جهات التأمين بدور وسيط (لشركات عالمية أخرى) وتفضل الشركات الكبرى التعامل مع الوسيط وأكبر مثال على ذلك شركة أرامكو السعودية. والوسيط يجنب المؤمن عليهم البحث عن شركات التأمين المناسبة وكذلك الاستشارات والمصاريف الإدارية. وهناك فرق بين الوسيط والضامن، فلا يوجد وسيط ضامن لأن الضامن الوحيد هو شركة التأمين ومكاتب الوساطة يجب أن تمتع بخبرة واسعة في مجال التأمين الصحي وتتوفر لديها الكوادر المؤهلة علمياً وعملياً. وتلجأ الشركات إلى الوسيط لأنها لا ترغب التعامل مع العميل مباشرة، فالوسيط يقوم بمهمتين هما:- مهمة المستشار ومهمة الوسيط، فهو يوضح للعميل المؤمن عليه احتياجاته الفعلية بدون زيادة تكاليف كما أن الوسيط يخدم شركات التأمين بدون جهد، فالوسيط يأخذ عن العميل دور المراسلات والنواحي الإدارية التي يريدها العميل، كما أنه يقوم بدراسة المؤمن عليهم دراسة كاملة حتى يتعرف على احتياجاتهم. هذا بالاضافة إلى أن الوسيط كمستشار للتأمين لا يقيد المؤمن عليهم بشركة تأمين معينة بل أن وظيفته تشمل قراءة التغطيات التأمينية الواردة وتفحصها وإعطاء الرأي الواضح حولها، (تأمين، ٢٠٠٠م).

كما يمكن أن تلعب شركات التأمين دور الوسيط بين المستفيد والجهة المقدمة للخدمات وذلك من خلال نظام التأمين الخاص كما ذكر شحاته، ١٩٩٦م) بأن تقوم شركة التأمين بالتعامل مع أصحاب الأعمال (الأفراد) وتحصل الاشتراكات المتفق عليها منهم وتقوم

شركات التأمين من جانبها بالتعاقد مع المنشآت الصحية والأطباء لتقديم خدمات للمؤمن عليهم طبقا للشروط والحدود المنصوص عليها في وثيقة التأمين، وتتولى شركة التأمين سداد مستحقات الأطباء والمنشآت الصحية أو يدفع المريض للطبيب أو المنشأة ويتم تعويضه عما دفعه من شركة التامين في الحدود المنصوص عليها وكذلك يمكن تحت نظام التأمين الخاص قيام منظمات (هيئات محلية للتأمين الصحي) وتملك كل منها شبكة من الأطباء والمنشآت الصحية أو تتعاقد معها لتقديم خدمات التأمين الصحي.

## الوسطاء:

الوسيط هو شخص طبيعي أو معنوي يتوسط بين الشركة الضامنة والعميل بمثابة وكيل، وعلى أساس هذه الوساطة يحصل على نسبة مئوية كعمولة من شركة التأمين التي يتعامل معها وذلك ضمن شروط محددة، وقد يمارس الوسيط تقديم الخدمات التأمينية مباشرة إلى المؤمن عليهم.

وذكر (العجمي، ١٩٩٨م) أنه يمكن تصنيف الوسطاء إلى شريحتين هما:- السماسرة ووكلاء التأمين.

### أ) السماسرة:

السمسار هو شخص أو شركة ينحصر نشاطها في مجال التأمين فقط في تقديم نصيحة أو أستشارة للمؤمن عليه دون دفع أي أجر مباشر لذلك. وتتم معظم التأمينات في أغلب أسواق التأمين عبر السماسرة، وفي كثير من الحالات يكون هؤلاء السماسرة عبارة عن شركات متعددة الجنسيات تقوم بتقديم خدمات تأمينية إلى الشركات الكبيرة.

### ب) الوكلاء:

الوكيل هو أي شخص يعمل إنابة عن شخص آخر، وفي مجال التأمين هو الشخص الذي ينوب عن شركة التأمين في التعامل مع المؤمن لهم مقابل أجر، ويمكن أن يكون الوكيل مصرفا أو محاميا أو شركة أو شخصا يمكنه القيام بتقديم خدمات للمؤمن عليهم.

والوكيل يمثل شركة التأمين لدى مجموعة من العملاء كل الوقت (Full time) أو لبعض الوقت (Part time) وقد يحصل الوكيل على أجر ثابت إلا أنه في الغالب يحصل على مكافأة تعتمد على العمولات التي تدفع له من قبل شركة التأمين، وتحسب العمولة للوكيل على أساس بيع الوثائق الصحية عن طريقه أو عندما يجمع أقساط التأمين، فإنه يتم استقطاع نسبة مئوية تدفع له كرسوم تحصيل.

ويمكن للمؤمن عليهم الحصول على نصيحة مستقلة أو استشارة من الوكيل عن التأمين الصحي وعن أفضل أنواع التغطيات وحدودها وإجراءاتها، ويفضل المؤمن عليهم المفاوضات مع الوسطاء لاتسامهم بالسهولة والسرعة، وقد يكون الوسطاء في شكل شركات تقوم بتقديم الخدمات التأمينية إلى الشركات الكبيرة وتعرف هذه الشركات (بالوسيط الداخلي).

كما أن الكثير من طالبي التأمين الصحي سواءا كانوا أفرادا أو مؤسسات يفضلون التعامل مع الوسطاء، وذلك لأن الوسيط يقوم بمهام كثيرة وتسهيلات قد لا يفهمها المؤمن عليهم ومنها، أن الوسيط يحدد احتياجات طالبي التأمين، ويعرفهم بمبالغ أقساط التأمين وأنواع التغطية التأمينية وحدودها وشروط وثيقة التأمين الصحي، ومن ثم يختار ما يناسب المؤمن عليهم أو يقوم بالتوجيه والنصيحة للاختيار المناسب.

## صفات الوكيل عن المؤمن عليه (طالب التأمين):

يكون الوكيل وكيلا لطالب التأمين في الحالات التالية:

١) إذا كان لا يعمل لدى (المؤمن) على الرغم من تلقيه عمولة منه.

٢) إذا حرر طلب التأمين بالإنابة عن طالب التأمين.

٣) تقديم الوكيل النصح للمؤمن عليه حول التغطية المطلوبة أو الشركة التي يجب التأمين لديها.

٤) تقديم الوكيل النصح للمؤمن عليه حول كيفية التقدم بالمطالبات.

## صفات الوكيل عن المؤمن (شركة التأمين):

يكون الوكيل وكيلاً للمؤمن (شركة التأمين) في الحالات التالية:

١) يملك صلاحية استلام وتسليم استمارات طلب التأمين للإنابة عن شركة التأمين.

٢) لديه صلاحية المعاينة ووصف الممتلكات للإنابة عن المؤمن.

٣) لديه الصلاحية لتحصيل الأقساط التأمينية.

٤) لديه تفويض بأجراء عمليات وإعطاء تعليمات بالإنابة عن المؤمن.

## واجبات وكيل التأمين:

يجب على الوكلاء أن يعملوا بحرص ومهارة وحسن نية وصدق ولذلك فإن وكيل التأمين مطالب بأن يكون لديه قدرات عالية في مجال التأمين لأنه يقدم نفسه كخبير متخصص، كما يجب أن يعمل الوكيل وفقاً لشروط الوكالة المحددة في الآتي:

١) مدى صلاحيات الوكيل في التصرف بالنيابة عن المؤمن.

٢) شروط وأساليب ومواعيد المكافآت المستحقة للوكيل.

٣) أساليب ومواعيد تسوية الحسابات.

٤) كيفية تداول المستندات المتعلقة بعقود التأمين المبرمة.

٥) كيفية إنهاء العلاقة عند وفاة الوكيل، أو المؤمن عليه أو غيره.

٦) حق الطرفين في إلغاء الاتفاقية وكيفيتها.

## د) مسؤولية وكيل التأمين:

١) إذا قام الوكيل بأداء عمل غير منوط به إنابة عن المؤمن فإن هذا يعد عملاً (غير مخول به)، وإذا وافق المؤمن لاحقاً على قبول ذلك العمل باعتباره قد تم بالنيابة عنه يسمى ذلك (تصديق).

٢) إذا عمل الوكيل خارج حدود صلاحياته أو أدعى كذبا بأنه وكيل دون أن يكون وكيلا (أو بعد إلغاء أو انتهاء الوكالة) فإنه يصبح مسؤولا عن تعويض أي طرف تعاقد معه.

٣) يكون الوكيل مسؤولا إذا تسبب في خسارة العميل. ولهذا يقوم السماسرة بالتأمين ضد هذه المسؤولية (تأمين المسؤولية المهنية).

## ٧) التأمين الذاتي:

يعتبر التأمين الذاتي أحد بدائل التأمين الصحي وهذا النوع من التأمين نشأ كما ذكر (عبدالله، ١٩٨٠م) نتيجة لشعور بعض رجال الأعمال بالقدرة والملاءة على تحمل الخسارة المالية التي قد تحدث لهم بسبب وقوع المخاطر ولا يرجعون في ذلك لشركات التأمين. وكذلك عندما تيقنوا أن أقساطهم التي تدفع لشركات التأمين أكبر بكثير من التعويضات التي تدفع لهم، وتأسيسا على ذلك استعاضوا عن تلك الشركات بوضع مبالغ جانبية وبصفة دورية معادلة في ذلك أقساط التأمين، كما أنهم يستثمرون هذه الأموال في مجالات استثمارية قصيرة الأجل لتكون في متناول الطلب ومن ثم تخفض الخسائر المتوقعة، وأطلق على أصحاب هذا النوع من التأمين "المؤمنون الذاتيون".

والتأمين الذاتي بهذه الصورة يتطلب أمرين:

١) أن يكون المركز المالي قويا بحيث يساعد على سهولة تكوين الاحتياطات لمقابلة الخسائر، وأن يكون الاستثمار في أصول قابلة للتحويل بسرعة لدفع الخطر عند وقوعه.

٢) أن يكون محل التأمين ومجال تطبيقه موزعا توزيعا يضمن عدم وقوع كارثة على نطاق واسع.

وللتأمين الذاتي فوائد وعيوب أوضحها (العجمي، ١٩٩٨م) منها:

### أ) فوائد التأمين الذاتي:

١) توفير الأموال على المدى البعيد حيث أن الكلفة الإدارية وهامش الربح للمؤمن وعمولة الوساطة ستلغى جميعا.

٢) استخدام المبالغ المالية المخصصة لصندوق التأمين الذاتي كاحتياطي مالي للمؤسسة مع إمكانية استثماره.

٣) عدم ارتفاع أقساط التغطية التأمينية.

٤) اهتمام المؤسسة ذات التأمين الذاتي بوسائل الوقاية والحماية.

٥) تجنب أي نزاع مع المؤمن حول المطالبات.

٦) وجود موظفين ذوي خبرات في مجال التأمين لدى المؤسسة لإدارة التأمين الذاتي.

٧) تحقيق التأمين الذاتي أرباحا وتكون من حق المؤمن له.

## ب) عيوب التأمين الذاتي:

١) قد تتعرض المؤسسة لخسارة كبيرة تفوق مبالغ التأمين الذاتي ومن ثم يكون إفلاس المؤسسة.

٢) تكرار الخسائر حيث يصعب على المؤسسة تغطيتها جميعا من خلال التأمين الذاتي.

٣) استثمار أموال التأمين الذاتي وتكون في مشاريع قصيرة الأجل ذات فوائد ضئيلة حتى يتم الوصول إليها بسرعة لتغطية الخسارة.

٤) التأمين الذاتي لا يسمح بتوزيع وانتشار الخطر (أحد مبادئ التأمين الرئيسية).

٥) قد تضطر المؤسسة إلى سحب بعض أموال التأمين الذاتي وعند تعرضها لخسارة لا توجد الأموال الكافية لتغطية الخسارة.

## ٨) الاتجاهات المعاصرة في التمويل (الخصخصة):

تعتبر الخصخصة أحد أهم الاتجاهات لبدائل تمويل المرافق الصحية كما أن الاتجاه نحو إيجاد المؤسسات المنتجة يمثل تحولا آخر من بدائل التمويل.

وقد ذكر (لطفي، ١٩٩٦م) أنه ظهر مصطلح الخصخصة في الثمانينات من القرن العشرين كرد فعل عكسي لمصطلح التأميم ويستخدم مصطلح الخصخصة بشكل متزايد للإشارة إلى أي تحول في الأصول المملوكة للدولة، إلى شكل من أشكال الملكية الخاصة، وتدور الخصخصة حول ثلاثة اتجاهات هي:-

توسيع الملكية الخاصة ومنح القطاع الخاص دوراً أكبر في الاقتصاد القوي، والتخلص من الوحدات الخاسرة في القطاع العام والتحرر من الاقتصاد الاشتراكي.

كما عرفها (الساعاتي، ١٤٢٠هـ، ص١٥٦) والخصخصة أو التخصيص أو التخصيصية أو التخاصية أو الخوصصة مصطلح يقابل بيع أو نقل مؤسسات وشركات الحكومة للقطاع الخاص أو رسم السياسات التي تحفز على تحويل القطاع العام إلى قطاع خاص، أو تحويل الممتلكات والأصول الحكومية إلى القطاع الخاص.

وللخصخصة في المجال الصحي أساليب وأشكال منها:- تحويل ملكية المستشفيات بالكامل إلى القطاع الخاص، ومنها الملكية المشتركة بين القطاعين العام والخاص، ومنها تأجير المستشفيات واستثمارها كما أن للخصخصة في القطاع الصحي مبررات ومميزات فمن مبرراتها:- أن تكاليف خدمات المستشفيات تعد من أغلى أنواع الخدمات وتشهد ارتفاعا متسارعا مع زيادة الطلب على الخدمات الصحية وانخفاض الموارد المالية للمستشفيات العامة وكثرة الأنظمة واللوائح والإجراءات وتعددها في المستشفيات العامة إلى جانب سوء استخدام المستشفيات العامة.

ومن مميزاتها زيادة المرونة والكفاءة والفاعلية وسرعة اتخاذ القرار وتخفيف العبء على ميزانية الدولة وعن أجهزة وزارة الصحة وتوسيع قاعدة الاستثمار وزيادة مشاركة العاملين في رأس المال.

وهناك نوع آخر من الخصخصة وهي الخصخصة الجزئية للتأمين الصحي مثل:- تأجير بعض المرافق الصحية كالمختبرات وأقسام الأشعة وغرف العمليات وأقسام التنويم والعيادات الخارجية على القطاع الخاص وشركات التامين الصحي كما أوصت (ندوة الخدمات الصحية، ١٤٢١هـ) بتفعيل التنمية الذاتية للموارد من خلال الخصخصة الجزئية لبعض المرافق الصحية بهدف تحديث تلك المرافق وتوفير المواد اللازمة لتطويرها مع وضع نظام مالي وإداري منضبط يضمن تحصيل عوائد التشغيل للاستفادة منها في تشغيل المرفق الصحي بكفاءة عالية.

**الخلاصة**:

من خلال استعراض بدائل التأمين الصحي ندرك أن هناك عدة بدائل من أهمها:

١) التأمين الخاص (التجاري):

وهو عقد معارضة مالية بن المؤمن عليه والمؤمن حيث يدفع المؤمن عليه اقساط التأمين في شكل أقساط شهرية أو سنوية متفرقة للمؤمن مقابل التزام المؤمن بدفع المبلغ المتفق عليه أو قيمة العلاج إن وقع مرض بالمؤمن عليه وهذا النمط يؤخذ عليه أنه تجاري ويهدف إلى الربح.

٢) الهيئات التأمينية:

وهي هيئات تقوم بتقديم خدمات التأمين لطالبي التأمين. وهي هيئات مالية منظمة ذات ثقة ومركز مالي يؤهلها لتقديم خدمات التأمين للمؤمن عليهم بطريقة تولد الثقة في نفوسهم، ويتمثل أسلوب عملها في تقديم مشاريع تتسم في تلقي مبالغ مسبقه لتغطية صحية شاملة للمشاركين تشمل خدمات المستشفيات وعيادات الأطباء لمدة زمنية متفق عليها، وهي هيئات محدودة أو غير محدودة، وقد بدأت بعدد من الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية، وهي ليست شركات تأمين فقط وإنما عبارة عن خدمات قطاع خاص تشبه مستشفيات القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية، حيث يتم اقتطاع مبلغ شهري من كل موظف يدفع للمستشفى نظير تقديم الخدمات العلاجية وهذا النمط يمكن طرحه كبديل من بدائل التأمين الصحي.

٣) التأمين الصحي الاجتماعي:

وهو ذلك التأمين الذي تفرضه الدولة بصورة إجبارية أو تكتفي بإعانته لحماية الطبقات الضعيفة في المجتمع، وهو حل وسيط بين التأمين الصحي التجاري والمساعدات الاجتماعية، ويقوم على مبدأ التكافل الاجتماعي، وهذا النمط عبارة عن تعاون بين الدولة والمؤمن عليه وفيه تدفع الأقساط مسبقا وهو صورة من خدمات التأمين الاجتماعي المطبق في دول العالم.

٤) التأمين الصحي التعاوني

وهو عبارة عن عقد بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم، وسمي تعاونيا لأن الجماعة من أهل المهنة الواحدة أو أهل الحي أو

تجار بلد أو طلبة جامعة يتعاونون فيما بينهم على الاشتراك في تحمل أعباء النفقات العلاجية عند مرض أحدهم.

٥) التأمين الحكومي المشترك:

وهو بديل آخر لتمويل التأمين الصحي يعرف باسم التمويل المشترك تقدمه شركات التأمين من خلال المستشفيات الحكومية ويتمثل في تحويل مستشفى أو مجموعة مستشفيات عامة إلى شركة مساهمة مختلطة (حكومية وخاصة).

٦) الوسيط في التأمين:

وهو أنموذج آخر لبدائل التأمين الصحي وذلك يتم عن طريق قيام شركات بدور الوسيط بين المؤمن عليهم والشركات العاملة في مجال التأمين، كما يمكن أن تقوم شركات التأمين بالتعاقد مع المنشآت الصحية والأطباء.

٧) التأمين الذاتي:

وهذا التأمين يقوم به رجال الأعمال عن طريق رصد مبالغ مالية لتغطية تكاليف الخدمات الطبية وقد لجأ إليه بعض رجال الأعمال عندما لاحظوا ارتفاع التكاليف التي تدفع إلى شركات التأمين.

٨) الخصخصة كبديل لتمويل التأمين الصحي وفيه تقوم الدولة ببيع الأصول من المستشفيات والخدمات الصحية إلى القطاع الخاص أو الملكية المشتركة بين القطاعين العام والخاص أو تأجير المستشفيات واستثمارها مع قيام القطاع الخاص بتقديم الخدمات العلاجية وهذه البدائل يمكن أن تصاغ في البدائل الأربعة التالية:

١) قيام الجامعات بإسناد التأمين الصحي إلى شركات التأمين الصحي.

٢) قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية.

٣) قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها.

٤) قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجانا مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة.

# المبحث الرابع

## التأمين الصحي في الجامعات:

يعتبر نظام التأمين الصحي على منسوبي الجامعات والطلاب ظاهرة مألوفة في المجتمعات الغربية، فالتأمين الصحي يشمل ويغطي أيضاً جميع الطلاب سواء أكانوا أجانب من غير الدول الغربية أو كانوا من طلاب الدراسات العليا أو طلاب المرحلة الجامعية أو طلاب التعليم المستمر أو طلبة الطب.

وتدرك الجامعات أهمية توافر نظام التأمين الصحي لمنسوبيها وللطلاب، ولهذا تعمل الجامعات على إيجاد نظام تأمين صحي للأسباب التالية:

١) مواجهة الأزمات المالية التي تواجه الكليات والجامعات، التي لا تستطيع أن تحصل على الدعم المالي اللازم لتشغيل هذه الخدمات الصحية لهذا لجأت الجامعات إلى التأمين الصحي كمصدر للتمويل، هذا بالإضافة إلى أن الجامعات تنتمي إليها أكبر شريحة اجتماعية وهم الطلاب فإذا لم يتوافر لها تأمين صحي، ستؤثر على مستوى التأمين الصحي والوضع الصحي العام للدولة.

٢) كما أن الخدمات الصحية في الكليات والجامعات ضعيفة وهشة وتتطلب دعما ماليا مما دفع ببعض المسؤولين في الجامعات إلى مطالبة الحكومة بتحديد ما إذا كان التأمين الصحي الحكومي الاجتماعي في مصلحة منسوبيها أم لا.

٣) اقترحت بعض الكليات والجامعات أن يدخل التأمين الصحي والخدمات الصحية ضمن رسوم واحدة تحت مظلة التأمين الصحي، وهذا يتطلب تغييرات في القوانين الحكومية.

٤) التأمين الصحي في الجامعات لـه فوائد عديدة منـها:- حصول الطـلاب علـى مصدر تمويل للخدمات الصحية حتى تكون متوافرة لهم وتساعد على المحافظة على صحتهم وتحسين الخدمات الصحية المقدمة لهم.

٥) يسهم التأمين الصحي في تقليل نسبة غير المؤمن عليهم، كما أن إدارة الكليات ستجد في التأمين مصدراً للتمويل للخدمات الصحية المقدمة للطلاب وعائلاتهم والموظفين، كما أن التأمين الصحي يساعد في تنمية العلاقات الاجتماعية ويقلل من نسبة التكاليف العلاجية ويستطيع المؤمن عليهم مواجهة الطوارئ، ويقدم للموظفين خدمات صحيـة راقية وبتكلفة أقل.

٦) تقوم الجامعـة باستقطاع رسوم التـأمين الصحـي مـن رواتـب منسوبيها وتقـدم لـهم الخدمات الصحية والعلاجية كما أن هذه الرسـوم تعفـي منسـوبي الجامعـات مـن دفـع الضرائب للحكومة أو الولاية. (Montana University, 1999).

كما أن بعض الجامعات تعتبر التأمين الصحي إجبارياً وخاصة علـى الطـلاب الأجـانب ففي جامعـة ميتشـجن (Michigan University) يجب علـى الطـلاب الأجـانب أن يكـون لديهم تأمين صحي كشرط من شروط منح التأشيرة للطلاب الأجانب وعادة ما يضمن التأمين الصحي ضمن رسوم التعليم. كما أن طلبة الطب يلزمهم أيضاً التـأمين الصحـي كمتطلـب مـن متطلبات رسوم التعليم، وتقدم الجامعة ما قيمته (٣٣٠٠) قسط تـأمين صحـي للطـلاب الذيـن يشملهم التأمين الصحي. ويعتبر التـأمين الصحـي الجـامعي خطـة قصيرة المـدى ومحـدودة وتشمل حالات الجروح والأمراض والإسعافات الأولية، ولا تشمل العنايـة الوقائيـة والحـالات السابقة لنظام التأمين، وتختلف رسوم التأمين الصحي للطلاب، فالطلاب المحلييـن يحصلـون علـى خدمـة صحيـة سنوية مقدارها ٧٠٠ دولار، بينمـا يكلـف التـأمين الصحــي للموظفيـن وأعضاء هيئة التدريس حوالي ٣٨٠٠ دولار سنوياً وتشمل تغطية شاملة.

أما الطلاب المنتظمين والمتفرغين كليا فيدفعون الرسوم الصحية مع الرسوم الدراسية ليحصلوا على ما يسمى بالخدمة السريعة والتي تشمل الزيارات (زيارة العيادات بدون مقابل) وكذلك ثلاث زيارات للطبيب النفسي والخدمات التي تتعلق بالتغذية والتعليم الصحي. (Michigan University, 1999)

وتعتبر جامعة كاليفورنيا (California University) بفروعها أول جامعة من الجامعات متعددة الفروع التي تضع نظام تأمين صحي إلزامي لجميع طلبتها في مرحلة البكالوريوس، فجميع طلاب الدراسات العليا سواء أكانوا أمريكيين أو غير أمريكيين وكذلك طلبة مرحلة البكالوريوس في فروع جامعة كاليفورنيا وهي:- بيركلي وسانت كروز وسانت بربرا وغيرها حيث تتطلب تأمينا صحيا إلزاميا وقد صدرت هذه السياسة نتيجة لملاحظة أن ٤٠% من طلاب البكالوريوس في جامعة كالفورنيا بفروعها المختلفة غير مؤمن عليهم أو مؤمن عليهم جزئيا، كما لوحظ أن ٢٥% من الطلاب يغادرون الجامعة لأسباب صحية من أهمها أنهم غير مؤمن عليهم، كما يشير التقرير الذي أعدته اللجنة الاستشارية لصحة الطلاب بجامعة كاليفورنيا، كما لوحظ أن جامعة كاليفورنيا تفقد سنويا ٩% من طلابها الجدد والبالغ عددهم (٢٠٥٠٠) خلال السنتين الأولى والثانية للطلاب الجامعيين، ومن أجل ذلك صدر نظام التأمين الصحي ردا على القلق المتزايد حول عدم تمتع ما يقدر بـ ٤٠% من الطلاب الجامعيين بجامعة كاليفورنيا بالتأمين الصحي الكافي ومعدلات انسحاب الطلاب الجامعيين لأسباب صحية. كما أن هناك طلابا يتمتعون أصلا بتغطية تامين صحي تبعا لوالديهم لكن هذه التغطية قد تكون كافية وبهذا يمكن للجامعة استثناؤهم من هذا الشرط، وقد تكون التغطية التي يتمتع بها الطلاب غير كافية وذلك تبعا لنظام التأمين الذي يتمتع به والدوهم، وهذا يعتبر تأمينا غير كاف مما يجعل الجامعة في حرج كبير لأن هؤلاء الطلاب لا

يتمتعون بتغطية في حالة تعرضهم للإصابة أو المرض ويزيد من حدة هذه المشكلة إذا كان الوالدون يعيشون على مسافة بعيدة من الجامعة.

ولهذا السبب فقد بلغ عدد المسجلين في التأمين الصحي بجامعة كاليفورنيا، بيركلي حوالي ٦٥% من الطلاب الجامعيين، وقد اشترطت الجامعة التأمين منذ ١٩٩٠م، كما أن الجامعة قررت إنشاء نظام تأمين صحي إلزامي كشرط غير أكاديمي للتسجيل بالنسبة للطلاب الجامعيين ويعمل بهذا النظام الإلزامي من فترة الخريف الدراسية لعام ٢٠٠١م.

وقد أوردت الجامعة بيانا يدل على أن نسبة اعتماد الطلاب ومنسوبي الجامعة على الخدمات الصحية الجامعية تتراوح بين ٥٥% و ٩٠% حيث يستخدمون الخدمات الصحية على الأقل مرة واحدة أثناء وجودهم بالجامعة، وتشير الإحصائيات أنه خلال السنتين الأكاديمتين ٩٨/٩٧م كان هناك ما يقرب من ٣٧٢,٠٠٠ زيارة و ٢٤٥,٠٠٠ تحليلا بالمختبر و ١٦,٠٠٠ صورة فيلم أشعة و ١٦٤,٠٠٠ وصفة صيدلانية. (Mary, 2000) .

أما في جامعة بوردو (Purdue University) فقد تم في شهر مارس ١٩٩٦م موافقة مجلس الجامعة على تقديم برنامج تأمين صحي مدعوم لمنسوبي الجامعة.

وهذا النظام يحقق الاستفادة منه الأساتذة الجامعيون ومساعدو الباحثين وطلاب الدراسات العليا العاملون في إدارة الطلاب المعينون على نظام العمل الجزئي. كما ان أفراد الإدارة الجامعيين ستتم تغطيتهم تلقائيا ما لم يكن لديهم تأمين صحي من مصدر آخر. وأقساط برنامج التأمين الصحي يتم حسابها عن طريق دفع قسط شهري لكل فرد بواقع ١٤ دولار شهريا أو (١٤٠) دولار سنويا، ويمكن تغطية الزوجات والأطفال إذا رغب العضو العامل أن يدفع قسط التأمين لكل فرد من أفراد الأسرة ويتم حسم تلك الأقساط من كشف الرواتب. (Purdue Universty, 1998).

- وفي جامعة كارولينا الجنوبية (South Carolina University) يوجد مركز رعاية للطلاب يقدم الخدمات الصحية الأولية وبرنامج لتقديم خدمات التأمين الصحي يقدم خدمات طبية تزيد عما يقدمه مركز رعاية الطلاب، ويمكن لطلاب الجامعة المسجلين لست وحدات أو أكثر، وكذلك طلاب الدراسات العليا التسجيل في خطة التأمين الصحي للجامعة.
- وتكلفة التغطية الصحية للطالب بمفرده تقدر بـ ٢٠٨ دولارا للفترة الدراسية.
- للطالب وزوجته فقط تقدر بـ ٦٦٣ دولارا للفترة الدراسية.
- وللطالب وأطفاله فقط ٥٨٠ دولارا للفترة الدراسية.
- وللطالب وأسرته ٩٩٣ دولارا للفترة الدراسية.

وعلى جميع الطلاب التسجيل في برنامج التأمين الصحي لطلاب كارولينا الجنوبية ودفع رسوم المركز الصحي للطلاب حتى يتمكنون من الاستفادة من خدمات المركز الصحي. والمركز الصحي للطلاب يقدم الرعاية الأولية فقط، ولا يقدم خدمات الرعاية الصحية المكثفة، ولا حتى التنويم لليلة واحدة. وبدون الاشتراك في أي نوع من أنواع التأمين الصحي تكون مسؤولا عن تكلفة أي خدمات طبية إضافية.

وإذا كنت طالبا في معسكر بارك التابع للجامعة، وكنت ترغب في شراء خطة التأمين الصحي من جامعة كارولينا الجنوبية لنفسك ولأسرتك يتطلب منك ذلك ملء استمارة التسجيل المرفقة وإرسالها بريديا قبل الموعد النهائي للتسجيل وتكون المسؤول عن التأكد من أن الاستمارة قد تم استلامها في أو قبل الموعد النهائي، كما أن تكلفة قسط التأمين ستضاف إلى حسابك الطلابي لدى الجامعة.

وإذا كنت مسجلا بإحدى الكليات في معسكر العلوم الصحية فسوف يتم تسجيلك تلقائيا. ويمكنك الطلب أو الاستثناء من هذه التغطية فقط إذا كانت لديك تغطية صحية أخرى

تستوفي متطلبات تأمين الجامعة، ولابد من تقديم ما يثبت ذلك، والتأمين الصحي الكافي هو التأمين الذي يستوفي الحد الأدنى لمتطلبات جامعة كارولينا الجنوبية وهي:

- يجب أن يغطي الطالب طوال مدة الفترة الدراسية.
- يجب أن يقدم على الأقل ٢٥٠,٠٠٠ دولارا كتغطية كلية مدى الحياة (وليس كحد أقصى لكل حادثة).
- يجب أن يدفع ٨٠% على الأقل من تكاليف التغطية.
- مبلغ الحسم يجب أن يكون ٢٥٠ دولارا أو أقل لسنة البوليصة.
- (٥٠٠ دولارا من خارج الشبكة).
- يجب أن تقدم وثيقة التأمين الصحي باسمك. (بطاقة شخصية أو بوليصة تأمين).

أما الأشخاص الذين لهم أحقية الاشتراك في برنامج التأمين الصحي للجامعة فهم:

- الزوجة إن لم تكن منفصلة شرعا.
- الأولاد غير المتزوجين (حتى عمر ١٩ سنة) الذين يعيشون معك ويعتمدون عليك في معظم دعمهم المالي.
- الأولاد غير المتزوجين (حتى ٢٣ سنة) إذا كانوا طلابا كاملي التفرغ ويعتمدون على والدهم، على الأقل، بنسبة ٥٠% من دعمهم المالي.
- الأولاد المعاقون إعاقة كاملة ودائمة (من أي عمر) والمسجلون في هذه الخطة قبل بلوغهم عمر ١٩ سنة، بناء على متطلبات معينة.

وإذا كنت مسجلاً في برنامج التأمين الصحي لطلاب جامعة كارولينا الجنوبية، فإن أنجالك المولودين تتم تغطيتهم تلقائياً ضد المرض أو الإصابة لمدة ٣١ يوماً من ولادتهم. وللاستمرار في التغطية بعد الـ ٣١ يوماً، لابد لك من تعبئة استمارات التسجيل للأطفال

بالمركز الصحي لمعسكر بارك ودفع المستحقات خلال ٣١ يوما من مولد الطفل، وإلا ستنتهي التغطية، وإثبات تاريخ الولادة مطلوب.

إذا تزوجت أو ولد لك طفل خلال الفترة الدراسية وترغب في تسجيل طفلك الجديد، فلابد لك من تعبئة استمارة التسجيل وإعادتها لمنسق تأمين الطلاب أو إلى معسكرك خلال ٣١ يوما من المناسبة (مثل تاريخ الزواج أو ميلاد الطفل) وستتم إضافة تكلفة قسط التأمين الصحي إلى حسابك الطلابي لدى الجامعة **(South Carolina University, 2000)**.

أما التأمين الصحي في جامعة بنسلفانيا **(Pennsylvania University)**: فهو ضرورة لصحة منسوبيها وطلابها ولتقدمهم الأكاديمي، ولذلك تقدم الجامعة تغطية تأمينية للرعاية الصحية والتنويم ومراجعة العيادات الخارجية، والمتابعة للأمراض والإصابات الخطيرة والتعامل مع المشاكل الصحية المزمنة والمسح الصحي والرعاية الوقائية، كما تقدم الجامعة أيضا التنسيق والمتابعة واستمرارية الرعاية للمرضى المحولين للأخصائيين بالمستشفيات.

وتطلب الجامعة من طلابها كاملي التفرغ الحصول على التأمين الصحي الذي يقدم التغطية لرعاية التنويم والعلاج للأمراض والإصابات الجسيمة من خلال خطة تأمين جامعة بنسلفانيا أو تقديم استمارات إعفاء تثبت وجود تغطية تأمين مماثلة، والطلاب الذين لا يشتركون في خطة تأمين الجامعة ولا يملكون وثائق إثبات لتغطية تأمين مماثلة ومقبولة يتعرضون للمساءلة وقد يحرمون من التسجيل في الجامعة.

وأوضحت الجامعة أن رسوم الدراسة كانت في السنوات الماضية تشمل رسوم الصحة، وبعد التشاور أقترح مجلس أمناء الجامعة إجازة فصل رسم الصحة السريرية للطلاب من الرسوم العامة، فالرسوم السريرية ليست رسوما إضافية بل هي رسوم واضحة ومنفصلة كانت تدفع في الماضي كجزء من الرسوم العامة للجامعة، والرسوم السريرية إلزامية على الطلاب كاملي التفرغ ولا يمكن إعفاء أحد منها. والطلاب الذين لديهم تغطية

تأمين خاصة تلزمهم الجامعة بدفع الرسوم السريرية ولا تتم تغطيتهم لنفقات المستشفى لأنهم غير مشتركين في خطة التأمين للجامعة ولديهم تأمين خاص ولذا يجب عليهم دراسة تغطية تأمينهم بدقة.

وتقدم جامعة بنسلفانيا خطة تأمين إضافية لطلاب الأنشطة الرياضية في الجامعة حيث تحتفظ الجامعة ببوليصة تأمين صحي إضافية للإصابات الناتجة عن المشاركة في الأنشطة الرياضية بين الكليات. وتغطى هذه البوليصة التكاليف الطبية المتبقية بعد استهلاك كل تغطيات التأمين الأخرى وفقا للشروط التالية:

١) قبل المشاركة في أي نشاط رياضي بين الكليات، لابد للطالب الرياضي من كشف المعلومات الكاملة المتعلقة بالمرض والإصابات التي تعرض لها قبل الانضمام لجامعة بنسلفانيا يكشف ذلك لأخصائي الطب الرياضي الذي يقوم بفحصه أو يكشفه لمسؤولي التدريب الرياضي لقسم الترفيه والرياضة بين الكليات.

٢) يجب على الطالب الرياضي أن يبلغ عن كل الإصابات التي تعرض لها خلال الأنشطة الرياضية بالجامعة لحظة وقوعها إلى مشرف النشاط، أو مسؤولي التدريب الرياضي، أو المكتب الإداري لقسم الترفيه والرياضة بين الكليات.

٣) بالنسبة للنفقات التي لا يغطيها التأمين الأساسي للطالب الرياضي، لابد من الحصول على تفسير للفوائد من الجهة المقدمة للتأمين الأساسي قبل قيام التأمين الإضافي للجامعة بالتفكير في الدفع. الطالب الرياضي مسؤول عن الحصول على تلك المعلومات وتقديمها إلى مكتب التطبيق أو غرفة التدريب الرياضي.

ويجب على كل طالب رياضي أن يقوم سنوياً بتعبئة استبانة عن المعلومات الصحية والتاريخ الصحي الخاص به، ذلك بالنسبة للطالب المشارك في النشاط الرياضي. هذه الاستمارة يجب أن تكون في الملف في غرفة التدريب الرياضي قبل أن يتمكن الطالب الرياضي من المشاركة في أي نشاط أو منافسة بين الكليات.

وعلى كل الطـــلاب الجدد والمنتقلين من كليـات أو جامعـات أخـرى وكذلـك الطـلاب الرياضيين بالسنــة الأولى الذين ينوون المشاركة في الفرق الرياضيـة بيـن الكليـات، تعبئـة استمارة الفحص الطبي الرياضي قبل المشاركة وكذلك فحص العضلات والهيكل العظمي كمـا يلي:

١) الفحص الطبي الرياضي لما قبل المشاركة: الطالب الرياضي يجب عليـه جعل الجهـة المقدمـة للرعايـة الصحيـة لأسرته تراجـع استبانـة التـاريخ الطبـي وتعبئـة اسـتمارة الفحص الطبي الرياضي لما قبل المشاركة (كلا الإستمارتين مرفقة).

٢) فحص العضلات والـهيكل العظمـي: فحـص العضـلات والـهيكل العظمـي يتـم بواسـطة طبيب العظام للطب الرياضي بجامعــة بنسلفانيا. ومسؤولو الطـب الريـاضي بجامعـة بنسلفانيا يتخذون القرار النهائي بشأن مشاركة الطالب في النشاط الريـاضي أو عـدم مشاركته .(Pennsylvania University, 2000)

أمـا جامعــة جورجيـا (Georgia University) فتقـدم برنــامج تـأمين جمــاعيا لمنسوبيها النظاميين على أن يتقدم الموظـف بطلـب للتـأمين ويمكـن للموظـف شـراء تغطيـة تأمين اضافية، ويتم تحديد أقساط تغطية التأمين بناء على عمر المشترك. ويتـم تحديـد حجـم التغطية المتاحة للموظف على أساس راتبه السـنوي. ويتـم حسـم أقسـاط التـامين مـن راتـب الموظف الشهري، وإذا ترك الموظـف الجامعـة قبـل تقـاعده فيمكـن تحويـل كـل أو جـزء مـن تأمينه الجماعي إلى بوليصة تأمين فردي.

وتوفر جامعة جورجيا إضافة إلى خطة التأمين الصحي للجامعة التأمين على الأسنان وذلك بتقديم التغطية الوقائية والتشخيصية والأساسية، كما أنـها تقـدم تغطيـة جزئيـة لتقويـم الأسنان وعلى الموظفين الراغبين التسـجيل خـلال ٣١ يومـا بعـد التوظيـف لأنـه ليـس هنـاك فترات تسجيل مفتوحة وتوفر الجامعة أيضا خطة تأمين اختيارية على الإعاقة طويلـة الأمـد، حيث توفر لحاملها دخـلا شـهريا مضمونـا فـي حالـة إعاقتـه بشـكل كـامل ودائـم أثنـاء عملـه

بالجامعة وهذه خطة تأمين تطوعية يقوم المشترك بدفع كل أقساطها وهي متاحة لجميع الموظفين النظاميين الذين لا تقل أعمارهم عن ١٨ سنة (Georgia University, 1996).

التامين الصحي في جامعة ويومنج (Wyoming University) لا يختلف عن نظام التأمين الصحي في الجامعات الأمريكية الاخرى، إلا إن جامعة ويومنج تعطي التأمين الصحي الجامعي أهمية بالغة تنبثق من اختلاف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية اختلافا كليا عن معظم الدول الأخرى.

فالأطباء لا يعملون لدى الحكومة، وبما أنه لا توجد سياسة تأمين حكومية أو برنامج حكومي للأشخاص المرضى أو المصابين، فعلى كل شخص أن يدفع لرعايته الصحية وتغطيته الطبية التأمينية، كما أن التكاليف الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية غالية جدا بالمقارنة مع الدول الأخرى وبالتالي فإن الحصول على تأمين صحي جامعي أمر بالغ الأهمية.

وحسب النظام الجامعي رقم (٢٤٨) فعلى كل الطلاب الأجانب الذين يدرسون بجامعة ويومنج الاشتراك في برنامج التأمين الصحي الجامعي الذي تقدمه جامعة ويومنج ولا يستثنى من ذلك إلا الطلاب الذين تقدم لهم حكوماتهم تأميناً صحياً يساوي أو يزيد عن الحد الأدنى للتغطية الذي تقدمه جامعة ويومنج، بالاضافة إلى ذلك لابد من التأكيد على أن بوليصة الطالب لايمكن الغاؤها بواسطته أو بواسطة حكومته خلال السنوات الأكاديمية.

وخطة التأمين الصحي للجامعة تشمل التغطية والفوائد الطبية التالية:

١) الفوائد الصحية للمشترك البالغة ٥٠,٠٠٠ دولاراً على الأقل لكل حادث أو مرض.

٢) ٧,٥٠٠ دولار لترحيل الجثمان.

٣) ١٠,٠٠٠ دولار لتكاليف السفر، لترحيل المريض بسبب المرض الخطير أو الاصابة الجسيمة إلى بلاده حسب توصية الطبيب المعالج.

٤) تغطية تكاليف حالة الولادة.

وجامعة ويومنج على عكس جامعة بنسلفانيا فقسط اشتراك التأمين الصحي يضاف تلقائيا إلى الرسوم الدراسية للطالب عند بداية كل فترة دراسية (Wyoming University, 1999)

التأمين الصحي في جامعة أوبيرن (Auburn University) لديها برنامج تأمين صحي جماعي ذاتي التأمين لمنسوبي الجامعة كاملي التفرغ هذا البرنامج يقدم الخدمات الطبية من خلال مستشفى بلوكروس/ بلو شيلد لولاية ألباما. ولمنسوبي الجامعة كاملي التفرغ من غير الطلاب أحقية الاشتراك في برنامج التأمين الصحي مع استمرار فترة بقائهم في العمل لمدة سنة على الأقل، كما أن الاشتراك في برنامج التأمين الصحي لمنسوبي الجامعة تكون اختيارية.

ويشترط لدخول المستشفى وجود شهادة الدخول ولابد من التصديق عليها قبل الدخول سواءا كان الدخول للطوارئ أو الولادة وإذا تعذر ذلك فلابد من الموافقة هاتفيا خلال ٤٨ ساعة.

ويحصل منسوبو الجامعة على مزايا وفوائد برنامج التأمين الصحي الجماعي من خلال مستشفى بلوكروس في الآتي:

- حسم ١٠٠ دولار على كل دخول للمستشفى.
- منح غرف شبه خاصة للتنويم.
- رعاية تمريض عامة.
- تقديم خدمات الأشعة والأدوية وخدمات المستشفى الإضافية الأخرى.
- تقديم خدمات الأشعة التشخيصية والفحوصات الطبية بحد أقصى ٥٠٠ دولار لكل سنة اشتراك.

كما أن هذا البرنامج يختص بتقديم برنامج معالجة تقويم العمود الفقري وهناك حسم مجز للمشترك يصل إلى ٨٠% بالاضافة إلى خصم الرسوم الإضافية للمستشفى وهناك مزايا وحسومات للمشتركين في هذا البرنامج تقدر بالآتي:

- حسم ١٥٠ دولار.

- عقد اشتراك بحد أقصى يبلغ ١,٠٠٠.٠٠٠ دولار لكل مشترك.
- ثلاثة حسومات كحد أقصى لكل أسرة.
- دفع ٨٠% من الـ ٥,٠٠٠ دولار الأولى من التكاليف المغطاة و ١٠٠% من التكاليفالمغطاة بعد الـ ٥,٠٠٠ دولار.
- دفع ٥٠% من تكاليف مراجعة العيادات الخارجية للحالات العقلية والعصبية.
- خدمات التغطية للطبيب المفضل وطبيب غرفة الطوارئ والطبيب المشرف وطبيب التخدير لن يحسب ضمن الحد الأقصى للتكاليف الطبية الرئيسة.

- وهناك برنامج الطبيب المفضل وهو برنامج خياري بالإضافة إلى الفوائد العادية، وليس بديلا عنها. وللاستفادة من هذا البرنامج لابد من القيام باختيار الطبيب المفضل من دليل الأطباء المفضلين، وسيقوم الطبيب بكل شيء بعد ذلك من الخدمات العلاجية للمشترك.
- وبرنامج بطاقة الأدوية الموصوفة والمدفوعة مسبقا، يحتم تغطية الأدوية الموصوفة المشتراه من إحدى الصيدليات المشاركة والتي يتم صرفها بواسطة أحد الصيادلة المصدقين تغطية كاملة بعد الدفع المشترك بـ ٥ دولارات للأدوية العامة أو ١٥ دولار للأدوية الخاصة، كما يتم تغطية الأدوية الموصوفة التي يتم شراؤها من خارج الولاية ويتم الدفع لها بواقع ١٠٠% من بدل المشاركة بعد خصم الدفع المشترك، ولا يتم تغطية الأدوية المشتراه من صيدليات غير مشاركة في ألباما.
- وبرنامج فوائد التأهيل من سوء استخدام الكحول والمخدرات، حيث يتم تغطية المعالجة التأهيلية الشاملة في أحد مرافق التأهيل.
  - تغطية خدمات العلاج بنسبة كاملة بدون حسم.
  - ١٢٠ يوما اقامة أو ١٢٠ زيارة للعيادات الخارجية في إحدى المرافق التأهيلية.
  - فترتا تغطية لخدمات العلاج التأهيلي لكل مشترك كحد أقصى.
  - برنامج استمرار التغطية أو توقفها.

وتستمر التغطية لمنسوبي الجامعة من خلال برنامج الاشتراك المدعوم من الميزانية الشاملة للصحة حيث تستمر المميزات الصحية الجماعية كما تقدمها البرامج المدعومة من

الميزانية الشاملة، متاحة لمنسوبي الجامعة وزوجاتهم وأولادهم، وأيضا تستمر التغطية الطبية للموظفين المجازين حسب سياسة وإجراءات الجامعة.

وتنتهي التغطية الطبية عند انتهاء الخدمة للموظف وعند انتهاء الفترة الزمنية التي تم فيها استقطاع آخر قسط له.

- تغطية زوجة الموظف تنتهي تلقائيا وبدون إخطار من تاريخ الطلاق أو أي شكل آخر من أشكال إنهاء الزواج، وفي ذلك الوقت تنتهي عضوية الزوجة إلا في حالة استمرار التغطية تحت أمر برنامج الميزانية المشترك للتأمين الصحي.
- تغطية الطفل كعضو تنتهي تلقائيا وبدون إخطار من تاريخ استقلال الطفل كتابع لوالديه، إلا في حالة استمرار التغطية تحت أمر برنامج الميزانية المشترك للتأمين الصحي (Auburn University, 2000).

أما في جامعة تورنتو (Tornto University) فقد صممت خطة للتأمين الصحي الملائم لتلبية احتياجات منسوبي الجامعة والطلاب الأجانب والطلاب المحليين الذين لا يستحقون التأمين الحكومي للمحافظات وتقدم الجامعة تغطية طبية تضاهي خطة التأمين الصحي الحكومي للمحافظات وتلزم الجامعة الطلاب بالاشتراك في التأمين الصحي وتقدر قيمة الاشتراك بـ ٥٩٠ دولارا للسنة الواحدة ويتم إضافتها لحساب رسوم الطلاب الدراسية. وخطة التأمين الصحي للجامعة الزامية أيضا لمن يتبعون للطالب كالزوجة والأولاد، ويشترط ان تتقدم للتأمين خلال ٣٠ يوما من وصولهم إلى مقر الجامعة وإذا لم يتم ذلك فسيحرمون من التغطية التأمينية وعليهم الانتظار لمدة ١٢ شهرا.

ويتوفر بجامعة تورنتو Tornto University تأمين إضافي للتكاليف المتعلقة بالحوادث والأدوية التي تصرف بالوصفات التي لا تغطيها خطة التأمين الصحي للجامعة أو التأمين الحكومي الأساسي، حيث يقدم ٨٠% من التكاليف المستحقة للعلاج أو الأدوية التي يصفها الطبيب في حالة المرض أو التعرض للحوادث، وهناك أيضا خطة لتأمين الأسنان تغطي ٥٠% - ٨٠% من التكاليف.

أما طلاب التفرغ الجزئي فتتم تغطيتهم بخطة تأمين تقوم بدفع التكاليف الإضافية للحوادث والإصابات المختلفة بجانب ٩٠% من معظم الأدوية الموصوفة من الطبيب المعالج.

أما طلاب الدراسات العليا فلديهم تأمين أضافي للحوادث والأدوية لدعم تغطيتهم الأساسية وهي تغطي ٨٠% من التعويض عن الأدوية الموصوفة بجانب الفوائد الإضافية في حالة وقوع حادث، وهناك رعاية صحية للنظر تدفع بواقع ١٠٠ دولار في كل سنتين للنظارات أو العدسات اللاصقة.

وخطة التأمين الصحي للجامعة يغطي العلاج داخل كندا أما خارج كندا فتغطي خطة التأمين الصحي علاج حالات الطوارئ فقط ولذلك تنصح الجامعة طلابها بشدة بشراء التأمين الصحي للسفر خارج كندا لتغطية الفرق بين ما تدفعه خطة التأمين الصحي للجامعة والتكلفة الفعلية للعلاج.

وتقدم خطة التأمين الصحي للجامعة تغطية تكاليف علاج الأسنان في حالة حدوث حادث أو عندما يكون الدخول للمستشفى ضروريا، ولكن ليست هناك تغطية للرعاية العادية للأسنان (Tornto University, 2000).

التأمين الصحي في جامعة هيوستن (Houston University) يقدم من خلال برامج التأمين الجماعي المنتظم لولاية تكساس، وتصمم البرامج وخطط التأمين على أساس سنوي وفقا لأنظمة الولاية وهناك نظام التغطية التلقائية في برنامج الصحة الأساسي وبرامج التأمين الصحي بمبلغ يقدر بحوالي (٥٠٠٠ دولار) بموجب خطة أقرتها الولاية تقدم لكل الموظفين الجدد المستحقين، أما الطلاب فيجب عليهم تعبئة استمارة تسجيل لكي يتم تسجيلهم في خطة الولاية الأساسية. والولاية تساهم في برامج التأمين الصحي للجامعة لمنسوبيها بما يحقق تقديم خدمات صحية لمنسوبي الجامعة شبه مجانية. كما أن الجامعة تقدم تغطية التأمين الصحي الجماعي وتغطية التأمين على الأسنان للموظف وأسرته لمدة تصل إلى ١٨ شهرا بعد انتهاء عمله مع الجامعة. (Houston University, 2000)

أما جامعة أريزونا (Arizona University) فيوجد لديها برامج تأمين صحي يقدم لمنسوبيها من خلال شركة سيجنا (CIGNA Company) وهناك خيارات لموظف جامعة أريزونا بين ثلاثة من خطط. وبرامج الرعاية الصحية التي تقدمها (شركة سيجنا) هي:

١) برنامج تأمين المنظمات للمحافظة على الصحة.

٢) برنامج تأمين المنظمات للخدمات المفضلة.

٣) برنامج تأمين خدمة واحدة.

ويمكن لموظف جامعة أريزونا الاختيار بين التغطية الفردية أو التغطية الشاملة للأسرة حسب البرنامج المختار، ويستطيع المشاركون اختيار الطبيب المعالج. (Arizona University, 2001)

تقدم جامعة ستانفورد (Stanford University) نظام بدائل للتأمين الصحي لمنسوبيها، وهذا النظام يقدم خيارات من الخطط الصحية. ويتيح هذا النظام لموظف الجامعة حرية الاختيار من بين عدد من خطط وبرامج التأمين الصحي المتنافسة، كما أن التنافس بين البرامج وخطط الرعاية الصحية سيحقق انخفاضا في أسعار وأقساط البرامج وذلك لجذب المزيد من المشاركين. وجامعة ستانفورد تقترح نظام بدائل التأمين الصحي للعمل على تحقيق الفوائد والمزايات التالية:

١) تشجيع التنافس وخفض الأسعار بين الخطط الصحية وتقديم خيارات صحية متعددة حسب رغبات المشتركين.

٢) تقديم عدد من البرامج والخطط الصحية في كل منطقة جغرافية بجانب "بديل تأمين أمريكي" للعمل كشبكة صحية واحدة. والأفراد الذين يسجلون من خلال أحد البدائل ستضمن لهم بوليصة تأمين، أماالأشخاص الذين لا يسجلون فسيتم تسجيلهم في خطة ثانية. (Stanford University, 2001)

وجامعة كورنيل (Cornell University) تشترط أن يكون لدى منسوبيها بوليصة تأمين، والجامعة تقدم خطة تأمين يمكن لمنسوبيها ذوي الارتباط الأكاديمي لفترة دراسية

واحدة أو أطول، الاشتراك فيها، وبرنامج التأمين الصحي بجامعة كورنيل يقدم متطلبات التغطية التأمينية التالية:

١) فوائد طبية بحد أدنى ٥٠,٠٠٠ دولار على الأقل لكل حادث أو مرض.

٢) حسم مبلغ لا يتجاوز ٥٠٠ دولار لكل حادث أو مرض.

٣) نقل وترحيل جثمان بمبلغ ٧٥٠٠ دولار.

٤) نفقات تتعلق بالإخلاء الطبي إلى البلد الأم للمريض بمبلغ ١٠,٠٠٠ دولار وإذا كان لدى الشخص من منسوبي الجامعة تأمين صحي من جهة خارجية غير الجامعة فلا مانع من ذلك على أن يقدم أوراق التأمين الصحي والتي تلبي الحد الأدنى من متطلبات تغطية التأمين الجامعي. (Cornell University, 2000)

وجامعة مين (Maine University) خصصت ١٩,٤ مليون دولار للتأمين الصحي للموظفين لعام ١٩٩٩م، وتقدم الجامعة التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات بلوكروس/ بلو شيلد Bluecross /Blue Shield ويختار الموظف التغطية الصحية خلال ٣١ يوما من استحقاقه لها، وإذا كان الموظف مؤقتا أو معينا لفترة محددة فإنه يكون مستحقا التسجيل في الخطة الصحية، إذا كان تعيينه لمدة تزيد عن ثلاثة أشهر. (Maine University , 2000)

أما جامعة التقنية (Tchnology University) فتقدم الخدمات الطبية لكل أعضاء المجتمع الجامعي بما فيهم العاملون والطلاب وزوار المعسكر الجامعي، وتهدف الجامعة إلى تقديم خدمات طبية شاملة وعامة تشمل الآتي:

- رعاية الإسعاف الأولى لكل حالات الطوارئ.
- معالجة الإصابات الرياضية والإصابات المرتبطة بالعمل.
- رعاية الأصحاء وعمل الفحوصات الدورية اللازمة لهم وتشخيص ومعالجة المشاكل الصحية.
- الرعاية لفترة ما قبل الولادة.

وتهتم الجامعة بالطلاب المقيمين بشكل دائم وتتم محاسبتهم مباشرة عبر الرعاية الطبية ولذلك لابد من وجود بطاقة الرعاية الطبية وقت الاستشارة. والطلاب المسجلون على بطاقات والديهم الطبية. وينصحون بطلب بطاقات خاصة بهم. بعض الفحوصات الخاصة مثل فحص عمل التأشيرات أو ممارسة نشاط رياضي لا تتم تغطيتها بالتأمين الصحي. والجامعة تحرص على طلابها بشدة ليكونوا من حملة بطاقة الرعاية الصحية حتى يستفيدوا من التكاليف المخفضة والفوائد الطبية.

أما الطلاب الأجانب، فيطلب منهم دفع الحساب في يوم عمل الاستشارة، ثم يتم تحويلهم للبنك الطبي للتعويض.

والعاملون تتم محاسبتهم حسب رسم الجدول الحكومي المقترح وهناك تعويض بنسبة ٨٥% من البنك الطبي، أما العاملون الذين لديهم بطاقة رعاية طبية أو بطاقة تقاعد فتدفع فواتيرهم مباشرة بواسطة البنك الطبي. (Tchnology University, 1999)

تقدم جامعة نورث وستيرن (Northwestern University) خدمات الرعاية الأولية والخدمات الطبية لمنسوبيها من خلال هيئة طبية من العاملين بالتدريس في كلية الطب بجامعة نورث وستيرن بالإضافة إلى عدد من الأطباء والممرضين كاملي التفرغ. ويوجد بالجامعة مستوصف يقدم الخدمات الطبية لطلاب الجامعة من خلال العيادات الخارجية وتقدم الجامعة الفحوصات التشخيصية والزيارات الطبية مجانا للطلاب كاملي التفرغ.

وتشترط الجامعة على الطلاب كاملي التفرغ أن تتم تغطيتهم بخطة تأمين نورث وستيرن أو تقديم دليل على الاشتراك في برنامج تأمين مماثل والطلاب الذين لديهم اشتراك تأمين خارج الجامعة لا يمكنهم المعالجة بالتأمين الصحي الجامعي لجامعة نورث وستيرن ويمكنهم إرسال فواتير رسوم التأمين غير المغطى للجامعة وتقديم المطالبات لشركات تأمينهم للتعويض.

أما بالنسبة للتابعين فلا يستحقون استخدام خدمات الصحة الطلابية ولكن يمكن شراء التغطية الإضافية من خلال التأمين الصحي الجامعي.

(Northwestern University, 2001)

تسعى جامعة باستير (Bastyr University) لتقديم البرامج الصحية الشـاملة لكل الموظفين العاملين لـ ٢٠ ساعة أو أكثر في الأسبوع، وتوفر الجامعة البدائل الصحية التالية:

١) التأمين الصحي.

٢) حزمة الفوائد الصحية.

أ ) الخطة المفضلة.

ب) الخطة التقليدية.

وهذه البرامج الصحية متاحة لموظف الجامعة ويساهمون بجزء من القسط في الاشتراك بأحد هذه البرامج الصحية وعلى الموظف أن يختار الخدمة الطبية من برامج شركة بريميرا بلوكروس (Bremera Blue Cross,) بالنسبة للاشتراك بالخطة الصحية المفضلة، ومتوسط تكلفة الموظف ٨٥ دولار في الشهر ناقص الضرائب وبعض التغطية الاضافية للتابعين والأطفال التابعين.

أما الخطة الصحية التقليدية، فيختار الموظف مقدم التأمين الصحي بمتوسط تكلفة للموظف تقدر بـ(١١٥) دولار للشهر ناقصاً توفير ما قبل الضرائب وبعض التغطية الإضافية للتابعين والأطفال التابعين وتقدم هذه الخطة الصحية تغطية ١٠٠% للرعاية الطبية الوقائية، وتدفع الجامعة ٨٠ إلى ٨٥% من قيمة الأدوية المغطاه التي يصفها الطبيب، وهناك عدد ٣٠ زيارة للموظف لمستوصف جامعة باستير التعليمي مدفوعة بمعدل ١٠٠% بأستثناء المختبر، وتقدم الجامعة تغطية مدفوعة بنسبة ١٠٠% للقباله ومركز التوليد، وأيضاً تغطية بنسبة ٧٠% مدفوعة للجهات المقدمة للخدمات التكميلية والبديلة ولا يوجد حسم لرعاية الأسنان الوقائية وعلاج البصر.

أما في التأمين الصحي التكميلي الاختياري فيدفع الموظف كامل القسط للخدمات الطبية التي يرغب التأمين عليها. (Bastyr University, 2001)

**الخلاصة**:

من خلال تجارب الجامعات مع أنظمة التأمين الصحي ندرك أن الجامعات تقوم بطرح عدد كبير من البدائل والخيارات للتأمين الصحي حسب نوعية الخدمات الصحية المطلوبة أو اللازمة ويمكن أن نستخلص الآتي:

- التأمين الصحي شرط إلزامي غير أكاديمي للتسجيل بالجامعة نتيجة لملاحظة أن ٤٠% من طلاب جامعة كاليفورنيا غير مؤمن عليهم أو مؤمن عليهم جزئيا، كما لوحظ أن ٢٥% من الطلاب يغادرون الجامعة لأسباب صحية من أهمها أنهم غير مؤمن عليهم.
- تقديم برنامج تأمين صحي مدعوم لمنسوبي الجامعة ويتم تغطيتهم تلقائيا إذا لم يكن لديهم تأمين صحي من جهة خارجية.
- تقديم برامج التأمين الصحي الشامل.
- تقديم الخدمات الطبية الأولية مجانا مع التأمين الصحي على الخدمات العلاجية المتقدمة.
- دفع رسوم التأمين على شكل أقساط شهرية تحسم من الراتب الشهري للموظف.
- قيام الجامعة بدور الوسيط في تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها.
- توفير بدائل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات من خلال شركات التأمين الصحي التي تقدم خطط وبرامج صحية متنوعة مع حرية الاختيار بين تلك الخيارات والبرامج الصحية.
- يتعرض طلاب الجامعات للمساءلة إذا كانوا غير مشتركين في التأمين الصحي الجامعي أو لا يملكون وثائق إثبات لتغطية تأمين صحي مماثل للتأمين الصحي الجامعي.
- التأمين الصحي الجامعي لا يقتصر على منسوبي الجامعة فقط بل يشمل أسرهم وأولادهم.

- التأمين الصحي على خدمات وبرامج صحية خاصة كالتأمين على الإصابات الرياضية وما شابهها والتأمين على الإعاقة طويلة الأمد ونقل الجثمان.
- التأمين الصحي على مميزات وفوائد خاصة كالتأمين الجماعي الذي يتيح فرصة الحسومات والتخفيضات ومنح غرف تنويم شبه خاصة للتنويم والخدمات الإضافية داخل المستشفى والرعاية التمريضية الخاصة.
- التأمين الصحي على تكاليف السفر للعلاج وحالات الولادة ورعاية الأسنان.
- التأمين الصحي على برنامج اختيار الطبيب المفضل وبرنامج بطاقة الأدوية الموصوفة والمدفوعة مسبقا.
- لا يحق للطالب أن يلغي اشتراكه في التأمين الصحي الجامعي خلال فترة دراسته الجامعية.
- يتم تحديد قيمة الاشتراك في التأمين الصحي حسب عمر المشترك ونوع عمله ونوع تغطية التأمين الصحي المقدمة.
- التأمين الصحي على علاج الأسنان في حالة حدوث حادث أو عندما يكون الدخول للمستشفى ضروريا وليس هناك تغطية للرعاية العادية للأسنان.
- توصي الجامعات طلابها بالحصول على بطاقة التأمين الصحي الجامعي حتى يستفيدوا من التكاليف المخفضة والفوائد الطبية.
- التأمين الصحي على تكاليف الخدمات الإضافية كالحوادث والفحوصات والأدوية التي لا تغطيها الخدمات الطبية الجامعية.

مما سبق يمكن أن نستفيد من تجارب الجامعات في التأمين الصحي في هذه الدراسة عن طريق طرح عدة بدائل للتأمين الصحي لتقديم الخدمات الطبية لمنسوبي الجامعات السعودية تمثل أنماطا من الخدمات الطبية وتحقق الرغبات الصحية وتتوافق مع مستويات الخدمات المطلوبة وتساير ظروف ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية وظهور تكاليف إضافية.

## المبحث الخامس

# التأمين الصحي التعاوني في المملكة (الواقع والاتجاهات المستقبلية):

### التأمين الصحي في خطط التنمية:

التأمين الصحي التعاوني أصبح ضرورة أقتضتها الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية أيدتها الدراسات العلمية كما ذكر (برعي، ١٩٩٦م) أن خطط التنمية في المملكة العربية السعودية اشتملت على دراسة جدوى تطبيق التأمين الصحي وقد أعدت وزارة الصحة دراسات عن التأمين الصحي من واقع تجارب بعض الدول، ويرى المسؤولون أن تطبيق هذا النظام أصبح ضرورة لضمان استمرار تطوير الخدمات الصحية وإقتناء الأجهزة التشخيصية والعلاجية المتطورة بالإضافة إلى التأثير الإيجابي على الاستخدام من قبل المستفيدين لهذه الخدمات والذي أتجه إلى سوء الاستخدام والاستغلال.

ومن توجهات خطط التنمية التوسع في تطبيق التأمين الصحي التعاوني كما ذكر (البكر، ١٩٩٤م) أن الاهتمام بتطبيق التأمين الصحي أخذ في التوسع ليشمل دول مجلس التعاون وقد أوصت لجان التخطيط الصحي التابعة لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون وكذلك خبراء اقتصاديات الصحة بتطبيق التأمين الصحي نظرا للارتفاع المستمر للإنفاق على الخدمات الصحية، وذلك من منطلق مشاركة المنتفعين بالخدمات الصحية في بعض تكاليفها وقد أعدت وزارة الصحة دراسات عن التأمين الصحي من واقع تجارب بعض الدول المتقدمة.

ويعتبر التأمين الصحي في المملكة نوعا من التكافل الصحي بين أصحاب العمل والأفراد العاملين لديهم، ويخفف على من يتعرض لإصابة أو مرض في تحمل ما يترتب عليه من أعباء مالية قد تفوق أستطاعته المالية المحدودة. وينطلق الاهتمام بالتأمين الصحي من واقع الاقتناع بأنه يشكل أحد أهم البدائل المتاحة لأحتواء التكاليف المتصاعدة للخدمات الصحية.

لذا فإن أهداف وسياسات خطط التنمية المتعاقبة تشير إلى تطبيق اسلوب مناسب للضمان الصحي التعاوني.

**الأنظمة المختلفة لتقديم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية:**

١) نظم حكومية:

أ ) المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة.

ب) المستشفيات والخدمات الطبية العسكرية.

جـ) المستشفيات والإدارات الطبية الجامعية.

د ) خدمات التأمينات الاجتماعية الطبية.

٢) نظم غير حكومية:

أ ) المستشفيات والعيادات الخاصة (الأهلية).

ب) شركات التأمين الصحي.

**الأنظمة المختلفة للتأمين الصحي في دول العالم:**

ذكر (عبدالفتاح، ١٩٩٣م) أن التأمين الصحي في دول العالم له أنظمة إدارية تتمثل في:

١) نظم حكومية.

٢) نظم غير حكومية.

أ ) نظام تجاري.

ب) نظام تطوعي (أهلي).

وفيما يلي توضح الجداول التالية التي تحمل الأرقام (١،٢،٣،٤،٥،٦):

أ ) المقارنة بين النماذج الإدارية المختلفة للتأمين الصحي من حيث هدف النظام والشكل العام والاشتراك وأنواع المنتفعين، ووسائل تقديم الخدمات الطبية ونوع الخدمات الطبية المقدمة.

ب) الأنظمة العالمية المختلفة في تطبيق التأمين الصحي: لإجراء مقارنة بين النظم العالمية المختلفة في تطبيق التأمين الصحي من حيث الشكل والمدلول العام، والنواحي الإدارية وتغطية السكان ونوع الرعاية الطبية المقدمة ومصادر التمويل.

ويمكن تقسيم دول العالم المقدمة للخدمات الصحية إلى:

١) الدول الصناعية Industrial Countries

وتشمل (ألمانيا، فرنسا، إنجلترا، الولايات المتحدة، كندا، النمسا).

٢) الدول الاشتراكية (سابقا) الكومنولث حاليا).

(روسيا) Socialist Countries

٣) البلاد النامية Developing Countries

مثل: مصر وبعض الدول العربية.

ويضيف الباحث أن من البلاد العربية التي هي بصدد تطبيق التأمين الصحي الدول التالية:

- المملكة العربية السعودية.
- دول الخليج العربي (الكويت، سلطنة عمان، الإمارات، البحرين، قطر).
- الأردن.
- لبنان وغيرها.

أما من حيث نطاق التغطية التأمينية وأسلوب تطبيقه ذكر (الساعاتي، ١٤٢١هـ) أن سياسة تطبيق التأمين الصحي تختلف من بلد إلى آخر حسب تقديم الرعاية الصحية التأمينية فلقد أقيمت بعض مشاريع التأمين الصحي في بعض البلدان على أساس مهني وفي بعضها الآخر على أساس جغرافي. وفي بعض البلدان قامت مؤسسات التأمينات الاجتماعية بإنشاء مستشفيات خاصة بها. وعقب الحرب العالمية الثانية أصبح التأمين عنصرا هاما في العملية الصحية في الدول الأوروبية والأمريكية ولقد انتشر التأمين الصحي في معظم الدول النامية حاليا، حيث تطبق (٥٠) دولة من بين (٩٠) دولة نامية أشكالا من التأمين الصحي.

**جدول رقم (٣)**

**مقارنة النظم الإدارية المختلفة للتأمين الصحي**

| العناصر | نظام حكومي | نظام غير حكومي |
|---|---|---|
| هدف النظام | لا يهدف للربح | هدفه الربح في التأمين التجاري ولا يهدف الربح في النظام التطوعي |
| الشكل العام | حكومي- يطبق القانون<br>على علاقة وثيقة بالتأمينات الاجتماعية | غير مطبق بقانون<br>تقوم به شركات تجارية أو هيئات تطوعية |
| الاشتراك | مبني على فكرة إشتراك العامل وصاحب العمل بنسب ثابتة من الدخل شهريا | مبني على فكرة إشتراك فردي من الشخص ينظم اشتراكات مختلفة (يختلف الاشتراك بطبيعة العلاج المطلوب)<br>اشتراك رمزي في حالة النظام التطوعي |
| أنواع المنتفعين | التطبيق على شرائح كاملة وليس أفراد | التطبيق فردي بصورة عامة |
| وسائل تقديم الخدمات الطبية | مملوكة للهيئة المؤمنة أو بالطريق الغير مباشر عن طريق التعاقد مع جهات أخرى لتقديم الخدمة على حسابها | غير مملوكة وأنما بنظام التعاقد الغير مباشر |
| نوع الخدمات الطبية المقدمة | خدمات شاملة في جميع مراحل الخدمة وعادة صرف الدواء عن طريق قائمة محددة<br>عادة لا يوجد اختيار للطبيب المعالج | غالبا غير شاملة<br>حرية اختيار الطبيب المعالج |

## جدول رقم (٣)

## مقارنة النظم العالمية المختلفة في تطبيق التأمين الصحي

## الشكل والمدلول العام

| اسم الدول | الخصائص |
|---|---|
| ألمانيا | - نظام لا مركزي - حكومي - إجباري لبعض الجهات التي لا تتجاوز أجورهم حداً معيناً واختياري تجاري لباقي الفئات.<br>- يغطي تكاليف الخدمات الطبية والتعويضات المدفوعة عن أيام المرض. |
| فرنسا | - تأمين صحي قومي- يخضع لإشراف وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية.<br>- يقدم عن طريق مكاتب التأمينات لكل حي. |
| كندا | - حكومي.<br>- تغطي الحكومة الفيدرالية احتياجات الخطة وتمد القطاعات بحوالي ٥٠% من التكاليف. |
| إنجلترا | - حكومي.<br>- يقدم من خلال نظام خدمات صحية قومية. |
| الولايات المتحدة | - اختياري لكل الأفراد.<br>- تجاري- حكومي فيدرالي (كبار السن والغير قادرين)- جزء خاص وأهلي. |
| النمسا | - حكومي - قومي. |
| روسيا | - إجباري - مركزي. |
| مصر | - حكومي - يطبق بقانون.<br>- جزء من التأمينات الاجتماعية للدولة. |

* أما المملكة العربية السعودية فالتأمين الصحي التعاوني نظام حكومي تعاوني وإلزامي التطبيق على الجميع بقرار مجلس الوزراء رقم (٧١) وتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧هـ ويخضع لاشراف مجلس الضمان الصحي (وزارة الصحة، ١٤٢٠هـ).

## جدول رقم (٤)

## مقارنة النظم العالمية المختلفة في تطبيق التأمين الصحي

## النواحي الإدارية

| اسم الدول | الخصائص |
|---|---|
| ألمانيا | - يقع الإشراف تحت مسؤولية وزارة الصحة.<br>- هناك بعض المؤسسات الخاصة لضحايا الحرب وأصحاب المعاشات وعمال المناجم. |
| فرنسا | - يقع الإشراف تحت مسؤولية وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية. |
| كندا | - تقوم بالإشراف الأقسام الصحية بكل مقاطعة.<br>- تخضع هذه الأقسام الصحية لرقابة الدولة من خلال وزارة الصحة. |
| إنجلترا | - تقوم بالإشراف مديريات الصحة والتأمين الاجتماعي.<br>- من خلال أقسام التأمين الصحي الاجتماعي. |
| الولايات المتحدة | - يقع الإشراف تحت مسؤولية: الحكومة الفيدرالية، منظمات خاصة وتجارية. |
| النمسا | - يقع الإشراف تحت مسؤولية وزارة الصحة. |
| روسيا | - يقع الإشراف تحت مسؤولية وزارة الصحة. |
| مصر | - هيئة عامة تحت إشراف وزير الصحة. |

* أما المملكة العربية السعودية فيكون الإشراف على نظام التأمين الصحي التعاوني هو مجلس الضمان الصحي برئاسة وزير الصحة (وزارة الصحة، ١٤٢٠هـ).

**جدول رقم (٥)**

**مقارنة النظم العالمية المختلفة في تطبيق التأمين الصحي**

**تغطية السكان**

| اسم الدول | الخصائص |
|---|---|
| ألمانيا | - يغطي حوالي ٩٠% من السكان |
| فرنسا | - يغطي حوالي ٩٨% من السكان. |
| كندا | - يغطي حوالي ٩٩% من السكان. |
| إنجلترا | - يغطي جميع الفئات من السكان. |
| الولايات المتحدة | - اختياري لكل الأفراد بنظم مختلفة. |
| النمسا | - يغطي حوالي ٩١.٧% من السكان. |
| روسيا | - يغطي جميع الفئات من السكان. |
| مصر | - يغطي المنتفعين بالنظام لحوالي ٨,٧% من السكان. |

* أما المملكة العربية السعودية فنطاق تغطية التأمين الصحي التعاوني تتمثل في تغطية العمال الأجانب كمرحلة أولى بواقع ٢٨% من تعداد السكان، وتغطية جميع السكان المواطنين كمرحلة ثانية. (وزارة الصحة، ١٤٢٠هـ).

## جدول رقم (١/٦)

## مقارنة النظم العالمية المختلفة في تطبيق التأمين الصحي

## نوع الرعاية الطبية المقدمة

| اسم الدول | الخصائص |
|---|---|
| ألمانيا | - رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات بما في ذلك الدواء.<br>- هناك تعويض عن أيام المرض (٧٥-٨٥% من الأجر) إذا امتدت مدة المرض أكثر من ستة أسابيع. |
| فرنسا | - رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات بما في ذلك الدواء.<br>- هناك تعويض جزئي عن التكاليف العادية.<br>- تغطية كاملة لتكاليف العلاج في حالة الأمراض المزمنة والتعويضية عند العجز. |
| كندا | - رعاية طبية شاملة لجميع الخدمات الصحية (داخل وخارج المستشفيات) والدواء بدون حدود.<br>- خدمات الإقامة بالمستشفيات بالمجان.<br>- خدمات الرعاية الصحية للمسنين بالمجان. |
| إنجلترا | - رعاية طبية شاملة.<br>- نظام المشاركة في تكاليف العلاج عند تقديم خدمة الدواء والأسنان. |
| الولايات المتحدة<br>النمسا | - حجم العلاج حسب المرحلة المشترك فيها الفرد.<br>- رعاية طبية شاملة<br>- نظام المشاركة في تكاليف العلاج عند الانتفاع بالخدمة. |

## تابع نوع الرعاية الطبية المقدمة

**(٦/٣)**

| اسم الدول | الخصائص |
|---|---|
| روسيا | - رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات وكلها بالمجان.<br>- هناك بعض المشاركة برسوم رمزية صغيرة عند صرف الدواء أو الأجهزة التعويضية.<br>- هناك فئات معفاة نهائيا: الأطفال ـ العجزة ـ بعض الأمراض المزمنة ـ مشوهو الحرب. |
| مصر | - رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات.<br>- نظام المشاركة برسوم رمزية عند الانتفاع بالخدمة (ق٢٣) |

* أما المملكة العربية السعودية فتقدم رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات من خلال وثيقة الضمان الصحي التعاوني. (وزارة الصحة، ١٤٢٠هـ).

## جدول رقم (١/٧)

## مقارنة النظم العالمية المختلفة في تطبيق التامين الصحي

### مصادر التمويل

| اسم الدول | الخصائص |
|---|---|
| ألمانيا | - يأخذ بنظام المشاركة في تكلفة الخدمة عند الانتفاع بها.<br>- ٩% من الأجر تدفع مناصفة بين صاحب العمل والعامل.<br>- لا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات.<br>- مشاركة في تكلفة الدواء بنسبة ١٠% من كل تذكرة.<br>- لا توجد مشاركة في سداد أتعاب الأطباء. |
| فرنسا | - يأخذ بنظام المشاركة في التكلفة.<br>- ١٦% من الأجر (٣,٥% العامل، ١٢,٥% صاحب العمل).<br>- لا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات (معظمها مستشفيات عامة).<br>- تأخذ بنظام المشاركة في تكلفة العلاج خارج المستشفيات. |
| كندا | - يأخذ بنظام المشاركة في التكلفة يختلف من مقاطعة لاخرى.<br>- لا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات (تتحمل الحكومة الفيدرالية ٥٠% من تكلفة العمليات، وتتكفل المقاطعة بنسبة ٥٠%)<br>- في تكلفة العلاج خارج المستشفيات تتحمل الحكومة الفيدرالية ٥٠% من إجمالي التكاليف لكل مقاطعة مقابل نظام الاشتراك. |

**(٣/٧)**

| | |
|---|---|
| إنجلترا | - تأخذ بنظام المشاركة في التكلفة.<br>- نسبة الاشتراك أقل من ١% من الأجور.<br>- تتحمل الحكومة نسبة ٨٥% من ميزانية الصحة، ١٥% يدفعها المريض نظير الخدمة.<br>- لا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات (منشآت حكومية).<br>- تأخذ بنظام المشاركة في تكلفة العلاج خارج المستشفيات (الدواء- الأسنان). |
| الولايات المتحدة | - تأخذ بنظام الاشتراكات والمشاركات في التكلفة:<br>• النظام التجاري:- نظام المشاركة في تكاليف العلاج عند الانتفاع بالخدمة.<br>- تدفع اشتراكات لا علاقة لها بدخل الفرد، ويوجد حد أقصى للخدمات المقدمة (دواء - مستشفى- عمليات)<br>• النظام التطوعي:- نظام المشاركة في تكاليف العلاج بنسب مختلفة.<br>• النظام الحكومي:- تقدم التمويل عن طريق الاشتراكات وفي بعض الأحيان تفرض رسوم ضئيلة. |

<u>**تابع مصادر التمويل**</u>

**(٣/٧)**

| | |
|---|---|
| النمسا | - تأخذ بنظام المشاركة في التكلفة.<br>- لا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات.<br>(يتحمل النظام التكاليف في حدود الدرجة التأمينية).<br>- يساهم النظام بنسبة ٥٠% من التكاليف، ٥٠% تساهم بها السلطات العامة.<br>- توجد مشاركة في خدمة الدواء.<br>- يتحمل المؤمن عليه مبلغا ثابتا على كل تذكرة طبية. |
| روسيا | مصادر التمويل:- لا يوجد نظام المشاركة.<br>- جزء من المؤسسات الصناعية.<br>- جزء من الضريبة على المبيعات.<br>- جزء ضئيل جدا من ضريبة الدخل.<br>- في بعض الأحيان يدفع المريض جزءا ضئيلا مقابل عرضه على الاستشاري وهي حالات نادرة جدا ويدفع الفرد التكاليف للعيادة وليس للطبيب. |
| مصر | - تأخذ بنظام الاشتراكات.<br>- المشاركة برسوم رمزية عند تقديم الخدمة سواء داخل أو خارج المستشفيات والدواء والأجهزة التعويضية (ق٣٢). |

* أما المملكة العربية السعودية فيكون مصدر تمويل التأمين الصحي التعاوني من خلال نظام الاشتراكات. (وزارة الصحة، ١٤٢٠هـ).

**الوضع الراهن لسوق التأمين الصحي في المملكة:**

أما الوضع الراهن للتأمين الصحي في المملكة العربية السعودية فيتمثل في أربعة أنواع من التأمين الصحي كما حددها (البكر، ١٩٩٤م) في الآتي:

١) **التأمين الصحي الخاص:**

ويوجد في المملكة عدة شركات للتأمين الصحي تزاول التأمين الصحي على أساس تعاوني من خلال اشتراكات التأمين التي يدفعها المؤمن عليهم بغرض تعويض من يصاب بحادث أو انتكاسة في صحته للعاملين وأسرهم (وتشمل لفظ العاملين الأفراد أو الموظفين الذين يعملون لدى صاحب العمل سواءا أكان فردا أو شركة أو مؤسسة.

٢) **التأمينات الاجتماعية:**

تقوم المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية بتطبيق نظام التأمينات على جميع المنشآت سواء (أكانت حكومية أو خاصة) والتي تضم (١٠) عمال فأكثر. وبلغ عدد العمال الذين شملهم النظام والمستفيدين من التأمينات الاجتماعية في عام (١٤٢٠)، (٧,٣١٣,١٤٩) عاملا منهم (١,٧٢٧,٩١٠) عاملا على رأس العمل ويعرفون بالعمال النشيطين (Active Workers) خلافا للعمال الذين تركوا الخدمة بسبب التقاعد أو المرض أو العجز أثناء العمل ويسمون (Inactive Workers ). (الدليل الإحصائي للتأمينات الاجتماعية، ١٤٢١هـ).

كما يساهم أصحاب العمل نيابة عن العاملين لديهم بدفع اشتراك يوازي (٢%) من جداول رواتبهم إلى صندوق المؤسسة لتغطية المخاطر المهنية.

والتأمينات الاجتماعية تتولى إجراء ترتيبات لتغطية نوعين من التأمين الاجتماعي على العمال المشتركين هما:

- تغطية معاشات التقاعد.
- تغطية المخاطر المهنية.

٣) **أساليب أخرى للتأمين الصحي:**

هناك ترتيبات تتم بين شركات الأعمال والمؤسسات ومستشفى معين على توفير الرعاية الطبية المحددة سلفا لأفراد تلك الشركة أو المؤسسة مقابل مبلغ مقطوع سنويا عن كل فرد.

وأيضا تقوم المستشفيات الخاصة بالتسويق لهذا الأسلوب من التأمين الصحي لجذب أكبر عدد من الأفراد للاشتراك في برامج التأمين الصحي.

٤) **التأمين الصحي الإلزامي:**

لم يرد في النظام ما يشير إلى التزام وزارة الصحة بتقديم العلاج المجاني للعمال في الشركات أو المؤسسات الخاصة بما يؤكد أن الجهة المسؤولة عن علاجهم هم كفلاؤهم، وبناء على ذلك فقد نصت خطط التنمية على دراسة إمكانية تطبيق التأمين الصحي على الوافدين، كما أن خبراء منظمة الصحة العالمية وعددا من اللجان الفنية أوصوا جميعهم بضرورة تطبيق التأمين الصحي الإلزامي على الوافدين، ويشكل الوافدون للعمل بالمملكة نسبة كبيرة من السكان إذ يبلغ عددهم أكثر من سبعة ملايين وافد يتطلب تغطيتهم بالخدمات الصحية لهم ولأسرهم، وتقوم بعض الشركات بالتأمين على موظفيها وعمالها، وبمراجعة نظام العمل والعمال ومواده الخاصة بعلاج العمال تبين أن كل شركة/ مؤسسة مسؤولة عن علاج منسوبيها حتى لو تم علاجهم لحالات إسعافية ناتجة عن إصابة عمل أو مرض مهني فإن حق المستشفى الحكومي المطالبة بتكاليف العلاج.

**نطاق تغطية التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية:**

مرحلة تطبيق التأمين الصحي تتم كمرحلة أولى على القوى العاملة الوافدة كما نصت على ذلك خطة التنمية السادسة (١٤١٥-١٤٢٠هـ) ضمن أهدافها الصحية على اتخاذ إجراءات تضمن شمولية الضمان الصحي للقوى العاملة الوافدة وبناءً على ذلك قامت وزارة الصحة بإعداد مشروع تطبيق التأمين الصحي التعاوني على غير السعوديين كمرحلة أولى بحيث يعاد تقويمه ثم يطبق على جميع سكان المملكة سعوديين وغير سعوديين.

ومن الواضح أن تطبيق التأمين الصحي التعاوني سوف يتخذ مسار تقديم الخدمات الصحية التأمينية فنويا، وليس جغرافيا، بمعنى أنها اختصت القوى العاملة المقيمة (كفئة من فئات تطبيق التأمين كمرحلة أولى ولم تسلك مسار التطبيق الجغرافي على كافة فئات المقيمين في منطقة تتلوها منطقة أخرى، وكان بدء التطبيق على القوى العاملة المقيمة كمرحلة أولى يعقبها التوسع على فئات أو شرائح أخرى من أفراد المجتمع تدريجيا حتى يشمل كل المواطنين في وقت ما، والتأمين الصحي يستند في جوهره إلى أن حماية القوى العاملة من مخاطر المرض، وإن كان يمثل هدفا قوميا في حد ذاته باعتبارهم أغلى ثروة يملكها المجتمع، فهو أيضا حجر الزاوية في التوسع المطلوب، إذ أن توفير رعاية صحية أفضل للعاملين، يعني رفع الكفاءة الانتاجية وانخفاض معدلات التغيب عن العمل بسبب المرض، وبالتالي زيادة الدخل القومي أو بمعنى آخر زيادة قدرة الدولة على الإنفاق في مجال الخدمات الصحية لبقية المواطنين.

إذن البداية الصحيحة من وجهة نظر المشرع في مرحلة تطبيق نظام التأمين الصحي كانت بفئة المقيمين من غير السعوديين، حيث أن هناك أكثر من ٧ ملايين من العمالة الوافدة في سوق العمل أي ٢٨ % من تعداد السكان. ويتوزع المؤمن عليهم وفق النظام على مناطق المملكة وفقا للجدول التالي:

**جدول رقم (٨)**

| المنطقة | الرياض | منطقة مكة المكرمة | الشرقية | عسير | المدينة المنورة | جازان | باقي المناطق |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| النسبة | ٢٣% | ٢٧% | ١٥% | ٨ % | ٦ % | ٥ % | ١٦% |

(عكاظ/ العدد، ١٢٥٧٤، الاثنين/ ذو القعدة ١٤٢١هـ)

ومن خلال نطاق التغطية فإن نظام التأمين الصحي التعاوني سوف يتسم بعدة خصائص تم استخلاصها وهي:

١) **التدرج في التطبيق:**

يتم تطبيق التأمين الصحي بالتدريج وعلى مراحل فالمرحلة الأولى في تطبيقه خصصت للمقيمين غير السعوديين في المملكة ومن ثم يتم تطبيقه على المواطنين في مرحلة أخرى.

والقصد من التدرج هو استكمال نظام هيكله التأمين الصحي بما يتوازن مع الظروف الاقتصادية الراهنة وتزايد الطلب وارتفاع معدلات استهلاك الخدمات الصحية، وحينما تستكمل إمكانات تطبيق التأمين الصحي ويتحقق التوازن المنشود بين الإمكانات الصحية واحتياجات الأفراد يتم التوسع في تطبيق التأمين الصحي على المواطنين السعوديين كمرحلة ثانية.

٢) **الإلزام والعمومية:**

أي أن التأمين الصحي حينما يطبق على الأجانب غير السعوديين المقيمين في المملكة العربية السعودية فهو ملزم لأفراد هذه الفئة من المقيمين كافة بغض النظر عن الجنسية أو الجنس أو السن وأيضا ملزم لكافة السكان السعوديين عند تطبيقه عليهم كمرحلة ثانية وهذا يعني أنه لا يترك للأفراد حرية الاختيار للاشتراك في التأمين الصحي والخروج منه متى يشاؤون، وإلا فإن التأمين سيستخدم استخدام خاطئ ولتحقيق مآرب خاصة.

٣) **المساواه:**

حيث يتمتع جميع العاملين والموظفين والمشتركين الخاضعين لنظام التأمين الصحي التعاوني بخدمات صحية متساوية وفي متناول الجميع دون تمييز.

**حجم سوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية:**

تعتبر نسبة اشتراكات سوق التأمين في المملكة العربية السعودية بالنسبة للعالم العربي نسبة عالية كما أشار (الساعاتي، ١٤٢٠هـ) أن أجمالي اشتراكات التأمين في المملكة

بلغ عام ١٩٩٧م (٢,٨٥٢) مليار ريال، تمثل نحو ٢٩% من اجمالي أقساط التأمين في العالم العربي، وتقدر السعة الأفتراضية لسوق التأمين في المملكة بعشرة مليارات ريال سعودي، ولقد بلغ حجم سوق التأمين الصحي في المملكة عام ١٩٩٧م (٥١٠,٤) مليون ريال وتضاعف هذا المبلغ خلال السبع سنوات الماضية، الأمر الذي يعتبر مؤشرا على إزدياد الطلب على التأمين الصحي وتزايد الحاجة له، فلقد سجل التأمين الطبي أعلى معدل نمو بين جميع أنواع التأمين الأخرى في السوق بلغ ٢٥,١% في عام ١٩٩٧م عن العام الذي سبقه. ويبلغ أجمالي عدد العاملين في صناعة التأمين بالمملكة حتى عام ١٩٩٧م (٢٤٤٤) موظفا منهم ١٧% سعوديين.

وسجلت نتائج سوق التأمين في المملكة العربية السعودية عام ١٩٩٨م طبقا لما أوضحه (التقرير السنوي للتعاونية، ١٩٩٩م) عن نشاط التأمين في المملكة العربية السعودية عام ١٩٩٨م، أن سوق التأمين السعودي قد حقق نموا في حجم الاشتراكات المكتسبة بلغ معدله ٤,١% عما كان عليه في العام السابق.

وقد استندت الدراسة على البيانات الرسمية الواردة من ٣٥ شركة تمثل ما نسبته ٥١% من عدد شركات التأمين العاملة في المملكة، وتشكل اشتراكاتها المكتتبة حوالي ٦٨,١% من إجمالي اشتراكات السوق. وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة فيما يتعلق بحجم سوق التأمين الطبي في المملكة العربية السعودية:-

- ارتفعت الاشتراكات من ٢٨٥٢ مليون ريال عام ١٩٩٧م إلى ٢٩٦٨ مليون ريال عام ١٩٩٨م.
- سجل التأمين الطبي أعلى معدل نمو بين جميع أنواع التأمين الأخرى في السوق بلغ ٣٠,٣%.

أحتل التأمين الطبي المرتبة الثانية بعد تأمين السيارات للسنة الثانية على التوالي من حيث حجم الاشتراكات.

# ثانيا: الدراسـات السابقـة

## الدراسات السابقة:

### تمهيد:

رغم أن التأمين الصحي قد لاقى اهتماماً كبيراً من قبل الحكومات العربية، إلا أنه لم يحظ من جانب الدراسات والأبحاث العلمية بالقدر الذي حظي به أعلامياً وتوعوياً للتعريف به وأيضاحه للمجتمعات لتطبيقه. وإذا وجدت دراسات وأبحاث فهي لا تعدوا أن تكون في جانب واحد من جوانب التأمين المختلفة التي لازالت مجالاً خصباً للباحثين في مختلف الميادين، وحيث أن البحث في اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات يتسم بالندرة نظراً لحداثة الموضوع وعدم وجود دراسات سابقة له، ومع ذلك فقد وجد الباحث بعض الدراسات التي يعتقد أن لها صلة بشكل أو بآخر بموضوع الدراسة التي سوف يتم استعراضها تحت المجالات التالية:

**أولاً:** دراسات حول الاختيار بين بدائل التأمين الصحي في بعض المقاطعات الأمريكية.

**ثانياً:** دراسات تتعلق بأوضاع التمويل والإنفاق على التأمين الصحي وكيفية تطبيقه.

**ثالثاً:** دراسات تتعلق بأوضاع التأمين الصحي وإيجابياته وسلبياته وتجارب الدول.

### أولاً: دراسات حول الاختيار بين بدائل التأمين الصحي في بعض المقاطعات الأمركية.

١) **دراسة جلين** (Gleen, 1987) حول "الاختيار بين بدائل التأمين الصحي في بعض المقاطعات الأمريكية" وكانت عبارة عن دراسة نظرية تجريبية قام الباحث فيها بتطوير نموذج لعملية الاختيار بين بدائل التأمين الصحي، كما قام بجمع المعلومات عن العاملين في جامعة كنتاكي، وقد اشتملت الدراسة على عملية تحليل بدائل التأمين الصحي لدى (٦٧٠٠) موظفا في عام ١٩٨٦م، واشتملت الدراسة أيضا على تحليل بعض المتغيرات وعلاقتها بعملية الاختيار من بين بدائل التأمين الصحي وهذه

المتغيرات هي (الراتب، العمر، الجنس، والحالة الاجتماعية، والعرق، ومستوى التعليم، وحجم الإعفاء الضريبي).

وكانت المعلومات الكاملة للعينة هي (٦٠٩٠) حالة فقط، وقد قارن الباحث بين هذه العينة من خلال ثلاثة أنواع من تغطية التأمين الصحي تقدمها خمس شركات، وكانت عملية الاختيار على النحو التالي:

أ ) على الشخص أن يختار بين تأمين لشخص واحد فقط أو أن يختار تأمينا لشخصين أو أن يختار تأمينا للاسرة.

ب) على الشخص أن يختار من بين خمسة أنواع من بدائل التأمين الصحي.

١) شركة الصليب الأزرق.

٢) شركة التأمين الإنسانية.

٣) شركة التأمين المستقلة.

٤) شركة التأمين الأمريكية.

٥) شركة التأمين الاتحادية.

وقد تم الحصول على المعلومات عن بدائل التأمين الصحي وخصائصه من خلال البروشورات المقدمة من شركات التأمين الصحي وكانت المعلومات المتوافرة عن قيمة أقساط التأمين الصحي والحسومات والتأمين التعاوني ونوع الطبيب وفئة المستشفى وموقع العيادة وأسباب فقدان التأمين الصحي في حالة عدم الوفاء بتسديد قيمة قسط التأمين.

وقد جاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

- يفضل معظم أفراد العينة شركة الصليب الأزرق بغض النظر عن نوع المؤمن عليهم.

- ظهرت شركة التأمين الإنسانية بأنها أقل الشركات من حيث قيمة قسط التأمين الصحي.
- سجلت شركة الصليب الأزرق أكبر نسبة بين الشركات من حيث امتلاكها للمستشفيات وعدد الأطباء.
- ظهرت احتمالات اختيار كل بديل على النحو التالي:

أ ) شركة الصليب الأزرق هي الأكثر احتمالا للاختيار من قبل العزاب والأسر.

ب) شركة التأمين المستقلة.

جـ) شركة التأمين الأمريكية.

- إن مقدار قيمة قسط التأمين هو الأكثر ارتباطا بعملية تحديد الاختيار لشركات التأمين.
- متغير العمر يرتبط ارتباطا سالبا بعملية الاختيار مما يعني أنه ليس له تأثير.
- أما متغير التعليم فهو يرتبط أيضا بعملية الاختيار خاصة بين المشتركين البيض.

٢) دراسة بوكيمير (Bokemeier, 1996): حول "اختيار المستهلك الصحي وإدارة التنافس" والتي تمت على عينة من منسوبي الجامعات حول اختيارهم لبدائل التأمين الصحي من خلال خطط التأمين المتعدد البدائل، وكان الهدف من الدراسة التحقق من اهتمامات المستهلكين المرتبطة بعملية اتخاذ القرار في حالات بدائل التأمين الصحي. وكانت فرضيات الدراسة على النحو التالي:-

- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين خطط خيارات التأمين الصحي فيما يتعلق بمتغيرات التكلفة.
- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بعلاقة الطبيب بالمرضى بين أفراد العينة وبين اختيارهم لبدائل التأمين الصحي.

- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بعلاقة الطبيب بالمرضى بين أفراد العينة وبين اختيارهم لبدائل التأمين الصحي.
- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين خيارات بدائل التأمين الصحي وبين الخلفية الاقتصادية التعليمية والعمر لدى أفراد العينة.
- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين خيارات التأمين الصحي المقدم لمن يعملون بالجامعة ومن لا يعملون بها.

وقد استخدم الباحث استبانة وزعت على جميع المشاركين في التأمين الصحي المقدم لمنسوبي جامعة ولاية كالفورنيا خلال الفترة ١٩٩٥-١٩٩٦م.

وقد اشتملت العينة على أعضاء هيئة التدريس والمدربين وموظفي السكرتارية والموظفين الفنيين والمديرين ومساعدي الهيئة الأكاديمية بالجامعة. وكان مجتمع الدراسة يتألف من (١٣٥٣) وقد تم اختيار (٥٠٠) شخص يمثلون إحصائيا أفراد العينة.

وقد كان من نتائج الدراسة ما يلي:

- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على أساس متغيرات التكاليف والتي تشمل النفقات النقدية ومحدودية الخيارات وتكاليف الطبيب وتكاليف تغيير الخطة وتكاليف المنافع الإضافية.
- أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العينة فيما يتعلق بمتغير اختيار الطبيب المعالج.
- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة فيما يتعلق بالمتغيرات التالية من حيث تصورهم عن وضعهم الصحي وحاجاتهم الصحية المستقبلية ومشكلاتهم الصحية.

- أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب الدخل والتعليم والعمر فيما يتعلق باختيار شركات التأمين الصحي.
- أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة فيما يتعلق بأهمية مواقع شركات التأمين.
- أن عدد المشتركين في شركات التأمين يتراوح بين ١٥٠ مشتركا في شركة الباسيفيك كير وبين شخصين في شركة أنتينا.

وكما يظهر لنا من النتائج السابقة فإن المؤمن عليهم يفضلون الشركات المعروفة ذات السمعة الجيدة والموجودة منذ فترة طويلة في مجال التأمين الصحي.

- أن اتجاهات أفراد العينة تؤكد أهمية المنفعة الصحية بغض النظر عن التكاليف، حيث يؤكد ٩٢% من أفراد العينة أهمية المنفعة الصحية، بينما يؤكد ٨٣% من أفراد العينة أهمية البرامج الصحية.
- كما يؤكد ٧٥% من أفراد العينة على أهمية الحصول على الطبيب المناسب وإمكان اختياره.
- يشعر ٧٥% من أفراد العينة أن التكاليف الإدارية الصحية هي أكبر مشكلة، ويرى ٦٤% من أفراد العينة أن ارتفاع التكاليف الصحية يرجع إلى مشكلات إدارية، لهذا يرى ٦٤% ضرورة خفض التكاليف الإدارية.

٣) دراسة دان (Dunn, 1983): بعنوان "بدائل التامين الصحي لمناطق ولاية إيلينوي التعليمية" والتي تهدف إلى تحليل المزايا النسبية للخطط البديلة لبرامج التأمين الصحي للمناطق التعليمية بولاية إيلينوي التالية:

أ) تغطية التأمين التجاري.

ب) التأمين الصحي الذاتي.

جـ) تأمين الولاية.

قام الباحث بتصميم استبانة الدراسة وأساليب عمل المقابلات مع أفراد عينة الدراسة وتم إرسال الاستبانات بريديا إلى عينة عشوائية من نصف المناطق التعليمية. وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- خطط التأمين الصحي الذاتي أكثر فاعلية من ناحية التكلفة.
- عدد كبير من الولايات لديها برامج تأمين ذاتي.
- هناك خمس ولايات لديها خطط تأمين الولاية.

٤) دراسة تروجيلو (Trujillo, 2000): بعنوان: "الاختيار حسب الحالة الصحية واستخدام الرعاية الطبية في التأمين الصحي الاجتماعي" والتي تهدف إلى معرفة أثر تغطية التأمين الصحي الاجتماعي على الاحتمال الفردي لاستخدام الرعاية الطبية. وقد طور الباحث أنموذجا يشتمل على التفاعلات بين استخدام الرعاية الطبية والتأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الخاص وكانت نتائج الدراسة هي:

- الأفراد الأكثر صحة هم الأكثر احتمالا في المشاركة في الاختيار الإيجابي ضد المخاطر.
- الأفراد ذوو المخاطر هم الأكثر احتمالا في المشاركة في الاختيار السيء ضد المخاطر السيئة.
- تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي سيؤثر ببساطة على استهلاك الخدمات الوقائية ويخلق أثرا أكبر على استخدام خدمات المستشفى وخدمات العيادات الخارجية.
- بما أن التأمين الصحي الاجتماعي إلزامي فعلا فلن يسبب تغييرا كبيرا في إستخدام الخدمات الطبية بل قد يكون أثره على تكاليف الرعاية الطبية أقل مما هو متوقع.

٥) دراسة وترز (Wouters, 1987): بعنوان "اختيار المستهلك للتأمين الصحي" وتهدف هذه الدراسة لمعرفة اختيار العملاء للتأمين الصحي عندما يتم تقديم الخدمة الطبية من منظمة مفضلة. وقد استخدم الباحث معلومات اجتماعية – ودور الخصائص الاجتماعية- والديموغرافية – والاقتصادية والوضع الصحي للموظفين.

وقد أظهرت نتائج التحليل التجريبي للدراسة أن:

- الموظف الحديث الذي يعيش في منطقة حضرية هو الأكثر احتمالا لاستخدام جهة مفضلة مقدمه للخدمة الصحية.
- الموظف منخفض الدخل الذي ليس لديه تغطية تأمين اضافية هو الأكثر احتمالا لاستخدام جهة مفضلة تقدم الخدمة الصحية.

٦) دراسة بندورف (Bundorf, 2000): حول طلب الموظف للتأمين الصحي وخيارات الفوائد الصحية للمؤمن" وتهدف الدراسة إلى معرفة الحوافز الاقتصادية التي تواجه المؤمنين الذين يختارون الفوائد الصحية للموظفين ذوي التفضيلات المتنوعة للتغطية، لغرض تحديد كيفية تأثير دور المؤمن في التأمين الصحي الذي يتلقاه العمال.

قام الباحث بالتطوير والاختبار التجريبي لنموذج نظري لسلوك شراء الفائدة الصحية للمؤمن.

وكان من أهم ما أشارت إليه النتائج ما يلي:

- أن المؤمنين لديهم الحوافز للاختيار من أنواع الخطط التي يفضلها الموظفون، إلا أن التباين وسط الموظفين في طلبهم للتأمين الصحي مكلف للمؤمنين.
- الانطباع العام لدى كثير من الأفراد الذين لديهم تأمين صحي من المؤمن أنهم يتلقون خطة تنحرف عن خيارهم المفضل لأن المؤمن يوازن بين تكاليف تزويد العمال بمخصصاتهم المثلى وبين الأجور والتأمين الصحي مع التكاليف المتدرجة الزيادة لتقديم الخطط الإضافية.

- هيكل وحجم المؤسسة يؤثر على قرارات المؤمن حول احتمالات تقديم التأمين الصحي وعدد الخطط والخيارات الصحية واستخدام مساهمات أقساط الموظفين.

٧) دراسة (وزارة الصحة القطرية، ١٩٩٤م) بشأن إيجاد نظام التأمين الصحي وقد توصلت الدراسة إلى أربعة بدائل للتأمين الصحي وهي:-

البديل الأول: فرض رسوم على الخدمات العلاجية بطريقة تدريجية حسب نوع الخدمة.

البديل الثاني: نظام البطاقة الصحية بالإضافة إلى رسوم على بعض الخدمات العلاجية.

البديل الثالث: نظام البطاقة الصحية الشاملة.

البديل الرابع: نظام ضمان أو تأمين صحي من خلال شركات التأمين الصحي أو إنشاء شركة ضمان صحي وطنية.

٨) دراسة هايسو (Hysaw, 1986) بعنوان "البرامج الصحية للطلاب في بعض الجامعات العامة المختارة" والتي تهدف إلى وصف الخدمات الصحية المتاحة للطلاب في الجامعات المختارة. تكونت عينة الدراسة من ٤٣ برنامجاً صحياً وتم استخدام زوج من طريقتي توزيع الاستبانات الهاتفية والبريدية للحصول على بيانات الدراسة. وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- برامج تحسين الصحة أصبح جزءاً مقبولاً من برامج الصحة الطلابية.
- مديرو برامج الصحة الطلابية مهتمون بإنخفاض تسجيل الطلاب وتمويل البرامج الصحية مما دفعهم إلى إدخال برامج صحية تجديدية لزيادة الدخل.
- هناك توجه نحو تنسيق وتعاون أكبر بين برامج الصحة الطلابية ومراكز التوجيه.

٩) دراسة بانثين (Banthin, 1992) بعنوان "اختيار التأمين الصحي ونماذج اتخاذ القرار تحت عدم اليقين بالرعاية الصحية" والتي تهدف إلى تطوير نماذج لخيارات التأمين الصحي، وقد استخدم الباحث الأشكال الوظيفية المختلفة الأسية والتربيعية لتطوير النماذج المبنية على المنفعة. وقد تم تحديد عينة الدراسة من المستفيدين من الرعاية الطبية الذين لديهم خيار في شراء التأمين الصحي التكميلي الخاص.

وقد طور الباحث ثلاثة نماذج لخيارات التأمين إثنين منها مبنيين على نظرية المنفعة المتوقعة ونموذج آخر مبني على نظرية التوقع وذلك من أجل تحليل خيارات المستفيدين من الرعاية الصحية، وكان من أهم نتائج الدراسة مايلي:

- أن هناك فرقا رئيسا واحدا بين النظريتين هو أن خيارات نظرية التوقع غير المؤكدة يجري تعريفها لمكاسب أو خسارات بالنسبة لنقطة مرجعية، والموقف من المخاطر يمكن أن يتغير حسب المكاسب والخسائر وتعتمد القيمة على التغييرات في استهلاك الرعاية غير الطبية.
- الأنموذجان المتوقعان للمنفعة يفترضان أن المنفعة يفترض أن المنفعة المتوقعة تعتمد على الاستهلاك في الرعاية غير الطبية والتي تعرف على أنها تساوي الدخل ناقصا القسط ومصروفات الرعاية الصحية النثرية.
- أظهرت النماذج أن هناك اختيارا غير ملائم ولكن ليس هناك خطر أخلاقي في العينة غير الملائم وقد تم وضع اعتبار للاختيار في تركيب المتغيرات المستقلة.

١٠) دراسة جاكسون (Jackson, 1988) حول "إجراءات برنامج التأمين الصحي وممارسات المناطق التعليمية وبعض الشركات المختاره في ولاية ميسوري" والتي تهدف إلى تحديد أنواع برامج التامين الصحي المقدمة لموظفي المناطق التعليمية بولاية ميسوري وقد قام الباحث بتطوير استبانة لجمع المعلومات من عينة عشوائية وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- المناطق التعليمية التي بها ٨٠ أو أكثر من الموظفين لديها مدير مكتب مسؤول عن برامج التأمين الصحي.
- ٩٣% من المناطق التعليمية تقدم للموظفين برنامج التأمين الصحي.
- المناطق التعليمية تقدم لموظفيها برامج التأمين الصحي المدعومة بالمشاركة في التكلفة في شكل حسومات.
- المناطق التعليمية لا تقدم البرامج الصحية العامة للموظفين مثل برامج المحافظة على اللياقة البدنية والبرامج الترفيهية والبرامج الخاصة بالتغذية أو تحسين الصحة العامة.

١١) دراسة لي (Li, 1997) بعنوان "عقود التأمين الصحي وتكاليف المعلومات" وقد طور الباحث أنموذجا يفحص طبيعة عقود التأمين الصحي سواءا كانت العقود بوليصات تأمين مبنية على معدل الخطر (مفرقة) أم قائمة على المجموعة (مجمعة) مع معرفة الفرق في التكاليف بين المؤمن عليهم الأصحاء وغير الأصحاء نسبيا.

وتهدف الدراسة إلى فحص ثلاثة عقود وهي:

١) الفترات المفردة المتتالية.

٢) الفترات المتعددة الإلزامية.

٣) الفترات المتعددة الاختيارية.

وقد تم فحص العقود تحت ظروف المعلومات المتشابهة وبنفس الأقساط المتوقعة لتلك الأنواع الثلاثة مع وجود تكاليف للتطبيق وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يفضل المؤمن عليهم ذوو المخاطر العالية العقود الصحية ذات الفترات المتعددة الإلزامية.
- يفضل المؤمن عليهم عقود الفترات المتعددة الاختيارية على عقود الفترات المفرده المتعددة.

- يختار المؤمن عليهم الأصحاء نسبيا عقود الفترات المفردة المتتالية ذات التكلفة العالية.

١٢) دراسة ما (Ma, 1999) بعنوان "دعم قسط اشتراك التأمين الصحي والخيار في سوق التامين الصحي الجماعي" والتي تهدف إلى بحث آثار خيار خطة التأمين الصحي الجماعي على الدعم في سوق التأمين الصحي الجماعي، وكانت الدراسة تدور حول فرضيتين:- الفرضية الأولى هي أن درجة دعم القسط في الشركة التي تقدم خططا صحية متعددة أقل من تلك التي تقدم خطة صحية واحدة، وهذه الفرضية جرى اختبارها بمقارنة الفروق في وحدة السعر لفائدة التأمين لكل بوليصة ويتوقع أن تكون فوارق سعر الوحدة بين المخاطر العالية والمنخفضة أقل عندما يكون الاختيار - الذاتي للفرد من بين الخطط الصحية المختلفة بناء على أنواع مخاطرها أما الفرضية الثانية وهي أن الأجور النقدية للموظفين ذوي المخاطر العالية الذين يعملون في شركات تقدم الخطط الصحية المتعددة أقل مما هي بالنسبة للموظفين المماثلين الذين يعملون في شركات تقدم خيار خطة صحية واحدة.

وقد أظهرت الدراسة نتائج مختلطة في التغييرات في دعم قسط التأمين الصحي بين الأفراد مختلفي الجنس، والمستويات التعليمية والأحوال الصحية، وتنخفض عندما يقدم الموظفون اختيار خطط تأمين صحي. أما مستوى دعم قسط التأمين الصحي للمرضى الذين يعانون من المرض المزمن يكون أكثر بروزا في وجود اختيار خطة التأمين الصحي ولم يتم العثور على أثر للأجور يتوافق مع التغييرات في دعم قسط التأمين الصحي، أما إنعدام العثور على أثر للأجر فقد يكون بسبب عدم قدرتنا على السيطرة على بعض العوامل التي تؤثر على أجور الموظفين، تلك العوامل تشمل فوائد الموظفين الآخرين، ومستوى مهارة العامل والطريقة المالية لمساهمة الموظفين في قسط التأمين الصحي.

## ثانياً: دراسات تتعلق بالتمويل والانفاق على التأمين الصحي وكيفية تطبيقه:

١) دراسة (عبدربه، ١٩٧٤م) بعنوان "تقييم تجربة التأمين الصحي الاجتماعي في جمهورية مصر العربية" وكانت عبارة عن دراسة نظرية تحليلية حول مفهوم وطرق تمويل التأمين الصحي وكان من أهم نتائجها:

- أن من طرق تمويل التأمين الصحي التمويل من خلال المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال، وهو الاتجاه الغالب في معظم دول العالم.
- قد يشترك في التمويل أطراف ثلاثة ويعرف بالتمويل الثلاثي ويشترك فيه العامل ورب العمل والدولة.

٢) دراسة (شحاته، ١٩٩٦م) بعنوان "ملاءمة نظام التأمين الصحي وكيفية تطبيقه" وكان الهدف من الدراسة تحليل واقع الإنفاق والتمويل والتكاليف للتأمين الصحي وقد استخدم الباحث منهج التحليل النظري وقد كان من أهم نتائجه:

- أن مصادر التأمين، هي التأمين الخاص ويشمل شركات التأمين وهيئات الحفاظ على الصحة وكذلك التأمين من قبل أصحاب الأعمال الذين يقدمون التأمين الصحي على العاملين لديهم والتأمين عن طريق المساهمات الخيرية والتطوعية، وتأمين المجتمع الذاتي وأخيرا نفقات الأسرة على الخدمات الصحية.
- أن التمويل الاجتماعي للتأمين الصحي، ضرورة إلا أنه ليس خطوة كافية لإعادة تنظيم ناجح لخدمات الرعاية الصحية.
- أن التمويل الاجتماعي يجب أن يوجه نحو الحصول على المزيد من الموارد المالية.

وقد أوصى الباحث بضرورة إيجاد استراتيجيات جديدة للتمويل.

- تحديث وإدخال أفكار ونظم جديدة لتحسين الكفاءة وتحقيق رضا المستهلكين عن طريق الخصخصة والتأمين الصحي.

٣) وفي دراسة (برعي، ١٩٩٦م) حول "التأمين الصحي المفهوم والتطبيق" والتي كان الهدف منها إلقاء الضوء على التأمين الصحي واستعراض بعض تجارب دول العالم فيما يتعلق بالتأمين الصحي واستنباط الدروس التي يمكن الاستفادة بها عند تطبيق نظام التأمين الصحي بالمملكة، وقد استخدم الباحث المنهج المكتبي في دراسته التي كان من أهم نتائجها أن هناك عدة أنواع من التمويل للتأمين الصحي وهي:

أ ) التمويل عن طريق الاشتراكات وهو الاتجاه الغالب حيث تقدر الاشتراكات على أساس تكوين احتياطات تكفي لمواجهة المزايا قصيرة الأجل والتي تعدل دوريا كلما زادت التزامات النظام.

ب) التمويل عن طريق الضرائب المباشرة وغير المباشرة.

جـ) قيام الدولة بنفقات نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

د ) هذا بالإضافة إلى وجود وسائل فرعية للتمويل ومن أهمها:

- الرسوم التي يؤديها المؤمن عليهم في مقابل التمتع بالمزايا العينية (العلاج الطبي).
- الغرامات والفوائد التي يفرضها النظام نتيجة للتأخير في أداء الاشتراكات.
- الإعانات والهبات والوصايا.
- قد يكون المسؤول عن تمويل التأمين الصحي الاجتماعي طرفا واحدا هو الدولة أو قد يكون طرفين:- (المؤمن عليهم وصاحب العمل) أو قد يكون ثلاثة أطراف:- العامل وصاحب العمل والدولة.
- أن مشاركة أفراد المجتمع في تمويل برامج التأمين الصحي ضرورة من ضرورات التنمية الصحية.
- أن تحمل المنتفعين بجزء من تكلفة العلاج عند الانتفاع بالخدمة أمر حيوي لترشيد الاستخدام ومنع الاستغلال.

- أن التأمين الصحي يساهم في توفير موارد مالية مناسبة لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة ويقلل الأعباء على الميزانية العامة في الإنفاق الصحي كما يساعد في ترشيد الإنفاق الصحي الحكومي.
- التأمين الصحي يعتبر من الاستثمارات الجيدة للمنشآت والموارد المتاحة.

٤) دراسة (البكر، ١٩٩٤م) بعنوان "تجربة المملكة العربية السعودية والتأمين الصحي" وهي عبارة عن دراسة نظرية استعرض فيها الباحث واقع التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية وأنواعه ومزاياه وكان من أهم نتائج الدراسة أن هناك ثلاثة أنواع من التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية وهي:

أ ) التأمين الصحي الخاص الذي تقوم به عدة شركات للتأمين من أهمها الشركة الوطنية للتأمين التي تزاول التأمين على أساس تعاوني بين أصحاب الوثائق من خلال اشتراكات التأمين التي يدفعونها لغرض تعويض من يصاب بحادث أو انتكاسة في صحته مع إعادة الفائض من الاشتراكات إلى أصحاب الوثائق وهذا النوع من التأمين يحقق توفير الرعاية الطبية للعاملين وأسرهم، كما أنه يقوم بتحديد تكلفة الرعاية الصحية مسبقا حيث أن وثيقة التأمين توفر على صاحبها مبالغ مالية في حالة ارتفاع تكاليف العلاج، كما أن هذا التأمين يساعد على اختصار الجهد وتوفير المصاريف.

ب) التأمينات الاجتماعية وتقوم بها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وتتولى هذه المؤسسة تغطية معاشات التقاعد وتغطية المخاطر المهنية التي تشمل الرعاية الطبية في حالة الإصابة بالإضافة إلى التأمين المهني في حالة العجز.

جـ) أساليب أخرى للتأمين الصحي مثل، قيام بعض الشركات والمؤسسات بإجراء عقود تأمين لموظفيها مع عيادات ومستشفيات خاصة مباشرة دون اللجوء إلى شركات التأمين، ومن مزايا هذا الأسلوب أنه يوفر على المستفيد مبالغ مالية نتيجة للتخفيضات التي تقدمها العيادات أو المستشفيات في حالة محاولتها جذب اكبر عدد من الأفراد والشركات.

والتأمين الصحي تتحقق من خلاله عدة نتائج من أهمها:

- زيادة التكافل الاجتماعي بين العمال وأصحاب العمل.
- إتاحة الفرصة للقطاع الخاص للاستثمار.
- إزاحة عبء كبير عن كاهل الدولة يتمثل في التمويل.

٥) وفي دراسة (بالغيوم، ١٩٩٦م) حول "تصور عينة مختارة نحو تبني برنامج التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية" هدفت الدراسة إلى تحديد تصور عينة من الأفراد نحو التأمين الصحي والعوامل المؤثرة في تصورهم عن التأمين الصحي.

وقد استخدمت الدراسة التحليل الوصفي وكان من أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- أن معظم المشاركين يؤيدون تطبيق برامج التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية وذلك بنسبة ٨٧,١% من المشاركين الذين يوصون بتطبيق التأمين الصحي.
- أن الجنسية ليس لها تأثير على اتجاه الفرد نحو تطبيق برنامج التأمين الصحي.
- أن الديانة ومستوى التعليم أيضاً ليس لهما تأثير على اتجاهات الفرد نحو تطبيق برنامج التأمين الصحي.
- أن نوع المؤسسة هو العامل الأكثر تأثيراً على اتجاهات الأفراد نحو تطبيق برنامج التأمين الصحي فالعاملون في المؤسسات الأهلية يؤيدون تطبيق برنامج التأمين الصحي أكثر من العاملين في المؤسسات الحكومية.

وبالنظر إلى فقرات الاستبانة أظهرت الدراسة أن:-

- ٨٤,٤% من أفراد العينة يرون أن التأمين الصحي سيعزز دور القطاع الخاص.
- ٨٢,٩% يرون أن التأمين الصحي سيسهل الحصول على الخدمات الصحية للمرضى.

- ٨٢,١% يرون أن التأمين الصحي يسهم في تقديم خدمات صحية آمنة من المخاطر الغير متوقعة.
- ٨١,٤% يرون أن التأمين الصحي سيؤدي إلى الرقي بمستوى الصحة العامة لدى جميع أفراد المجتمع.
- ٧٤,١% من أفراد العينة يرون أن التأمين الصحي سيحدد ويقلل من تكاليف الخدمات الصحية.
- ٧١,١% يرون أن التأمين الصحي سيحسن من نوعية الخدمات الصحية.

٦) أجرى (آل جادان، ١٩٩٨م) دراسة بعنوان "أنماط التأمين الصحي في القطاع الخاص بالمملكة العربية السعودية" تهدف إلى التعرف على أنماط التأمين الصحي الموجودة في القطاع الخاص بالمملكة العربية السعودية وكانت الدراسة نظرية تدور حول عدة أسئلة منها ما هي السمات العامة لبرامج التأمين الصحي في القطاع الخاص وسؤال آخر عن الأنواع العامة للتأمين الصحي والغالبة في المستشفيات الخاصة بالرياض. وقد أظهرت الدراسة أن هناك ثلاثة أنماط من التأمين الصحي تطبق في القطاع الخاص بالمملكة العربية السعودية وهي:

- التعاقد المباشر بين المؤسسات والشركات (المجموعات) وبين المستشفى أو المركز الصحي الخاص المقدم لخدمة التأمين الصحي.
- التعاقد بين المجموعات (الشركات والمؤسسات) والمستشفى الخاص من خلال شركات التأمين الصحي.
- التعاقد بين المستشفى الخاص والشركة أو المؤسسة المؤمنة بما يسمى (التعاقد بالرأس) حيث يتم التعامل بالحالة وليس لكل العاملين في هذه المؤسسة

٧) أجرى بوريش (Buresh, 1997) دراسة حول "تغطية التأمين الصحي والاستفادة من الرعاية الصحية في داكوتا الشمالية" وتهدف الدراسة إلى دراسة المتغيرات (المالية، والجغرافية، والثقافية) التي تؤثر في الحصول على تغطية التأمين الصحي،

والاستفادة من الخدمات الصحية في ولاية داكوتا الشمالية قام الباحث بدراسة ما يزيد على ٢,٠٠٠ اسره بالولاية لدراسة المعلومات الخاصة بهم من حيث تغطيــة التـأمين الصحي والاستفادة من الرعاية الصحية. وكان من أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- النسبة الأكبر مـن غير المؤمـن عليـهم كـانوا مـن الشباب البـالغين الغير منضميـن للمؤسسات.
- الحواجز الجغرافية لم تكن عائقا في سبيل الحصول على الرعاية الصحية.
- السكان مـن أصـول أمريكيـة أقل احتمـالا للحصـول علـى الرعايـة الصحيـة مـن غـير المؤمنين مما يشير إلى احتمال وجود بعض العوائق الثقافية لهؤلاء السكان.
- مستوى الفقر يتناسب إيجابا مع الوضع الصحي للسكان.
- الأفراد الذين يتمتعون بتغطية التأمين الصحي لا يحتاجون للرعاية الصحية في حين أن غير المؤمنين ذكروا أنـهم لا يستطيعون دفع تكاليف الرعاية الصحية.

٨) وفـي دراسـة بارقـافان (Bhargavan, 2000) حول "أثـر التـأمين الصحـي الـذي يقدمه المؤمن على مشاركة سوق العمل" والتي تهدف إلى تقديـر الآثـار المتعارضـة وقياس أثر الحافز من خلال التأمين الجماعي الذي يقدمه المؤمن على قرار الفرد في قبول الوظيفة. وكانت نتائج الدراسة ما يلي:

- هناك وظائف تعتمد على الأجر المعروض وعلى ما إذا كان التأمين الصحي مقدم مـع الوظيفة.
- عرض أجور بعض الوظائف على مقدار انتاجية الموظفين وعلـى مـا إذا كـان التـأمين يقدم للموظفين.
- التأمين الصحي متغير خارجي يؤثر على تحديد عروض الأجور واحتمال التوظيف.

٩) أجرى سيمون (Simon, 1999) دراسـة بعنـوان "أثـر إصـلاح التـأمين الصحـي للمجموعات الصغيرة" وتهدف الدراسة إلى مساعدة صغار المؤمنين لتقديـم الفوائـد الصحية لعمالهم. وكانت الدراسة نظرية تحليليـة تـدور حـول الإصلاحـات التـي تمنـع

المؤمنين من التمييز بين الأفراد الأصحاء وغير الأصحاء وقد استخدم الباحث المعلومات الخاصة بالمجموعات الصغيرة بالولايات من الأبحاث الرئيسة والبيانات الدقيقة من دراسات السكان حول أثر الإصلاح على الأفراد الذين يتلقون التأمين الصحي من المؤمنين الصغار.

وقد استخدمت طريقة فريدة في جمع البيانات السرية في المواقع المختلفة لـ ٥٠,٠٠٠ موظف لدراسة أثر الإصلاح على سعر وتوفر التأمين الصحي لصغار الموظفين.

وتم إجراء تحليل الانحدار بتصميم الشبكات الملائمة متعددة التقاطع.

وكان من أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- أن الإصلاح الشامل يخفض احتمال تقديم صغار المؤمنين للتأمين الصحي لعمالهم في المتوسط إلى نقطتين مئويتين تقريباً في الشركات الصغيرة.
- يتعرض الأفراد ذوو المخاطر المنخفضة لانخفاض في حدود ٧,٤ نقطة مئوية في احتمال تلقي التأمين الصحي من خلال المؤمنين في حين أن ذوي المخاطر العالية لا يتأثرون.
- أن الإصلاحات الصارمة تزيد الأقساط لكل فرد في المتوسط بما يعادل ٤% وتخفض بدرجة كبيرة وجود ممارسات التأمين الصحي لصغار المؤمنيين.

**ثالثاً**: **دراسات تتعلق بأوضاع التأمين الصحي وإيجابياته وسلبياته وتجارب الدول**:

١) دراسة (العمر والربيعة، ١٩٩٨م) حول "إيجابيات وسلبيات التأمين الصحي وتجربة المستشفيات الخاصة في التعامل مع الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية" قام الباحثان بإجراء دراسة ميدانية واستخدما المنهج الوصفي وكان من أهم نتائج الدراسة.

أ ) مميزات التأمين الصحي:

- أن جميع المؤسسات التي أجريت عليها الدراسة تفضل أن يقوم القطاع الخاص بتنفيذ برامج التأمين الصحي شريطة أن تشرف الدولة على ذلك.

- أن التأمين الصحي يقلل تكلفة العلاج على مستوى الفرد والعائلة.
- أن التأمين الصحي يخفف العبء على المستشفيات الحكومية ويعطيها فرصة لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية والإدارية.
- أن التأمين الصحي سيساهم في تحسين مستوى الصحة من حيث توفير أكبر قدر من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع وخلق الحافز لتوفير خدمات صحية متميزة مع خلق بيئة تنافسية بين مقدمي الخدمات الصحية مما يؤثر إيجابا على مستوى رضا المستفيدين.

ب) سلبيات التأمين الصحي:

دلت نتائج الدراسة على أن مقدمي الخدمات الصحية الخاصة بالمملكة العربية السعودية يعانون من بعض السلبيات (أو المشكلات) عند التعامل مع الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي، كانت هناك عدد من المشكلات أجمع المجيبون على أهميتها وهي كما يلي:

- التدقيق أو المراجعة المبالغ فيها من قبل الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي على الفواتير التي تقدمها المستشفيات الخاصة.
- تأخر الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي في الموافقة على علاج المرضى.
- تأخر الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي في سداد المبالغ المستحقة لمقدمي الخدمات الصحية.
- عدم معرفة المؤمن عليه للخدمات التي تغطيها بوليصته (عقده) التأمينية وخلو بطاقته التأمينية من المعلومات الأساسية التي تساعد المستشفى على التعرف على الخدمات المشمولة.
- تدخل الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي في تحديد عدد أيام بقاء المريض في المستشفى.
- رفع التكاليف على المنشأة الصحية حيث تضطر لتعيين موظفين خاصين لمتابعة العمل مع الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي.

- عدم وجود أطباء مؤهلين لدى الجهات المسؤولة عن التأمين الصحي للقيام بمراجعة الفواتير.

٢) دراسة (الحميدي، ٢٠٠٠م) بعنوان "العوامل المؤثرة في تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر المؤمن عليهم" وكانت دراسة ميدانية تهدف إلى:

أ ) معرفة مستوى الرضا العام لدى المرضى المؤمن عليهم عن الخدمات الطبية المقدمة لهم بعد اشتراكهم في التأمين الصحي.

ب) التعرف على المشاكل التي تواجه تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.

جـ) التعرف على المتغيرات الديموغرافية المؤثرة على استجابة المؤمن عليه لتجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

وكان من أهم نتائج الدراسة ما يلي:

أ ) لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرغبة في تجديد الاشتراك في التأمين الصحي ومتغير التعليم، الدخل الشهري، والوظيفة، والحالة الاجتماعية، ونوع التأمين الصحي.

ب) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية مع متغير الجنس والعمر.

جـ) أظهرت النتائج أن الفئة العمرية من الشباب هم الأكثر رغبة في تجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

د ) أظهرت النتائج أن الفئة ذات المستوى التعليمي العالي هي الأكثر رغبة في تجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

هـ) أظهرت النتائج أن معظم أفراد عينة الدراسة يرغبون في التأمين الصحي التعاوني.

٣) دراسة (العمير، ١٩٩٦م) حول " دور شركات التأمين في نظام التأمين الصحي وتجربة الشركة الوطنية للتأمين" كانت الدراسة عبارة عن دراسة تحليلية نظرية تهدف إلى تحليل واقع التأمين ودور الشركة الوطنية للتأمين التعاوني وكان من أهم نتائج الدراسة:

- أنه نتيجة للضغط المالي على الحكومات يجب تحويل تمويل الخدمات الصحية إلى المستفيد أو صاحب المصلحة أو كليهما.
- أن على حكومات منطقة الخليج أن تحدد أولويات الخدمات الصحية وتحول ما يمكن تحويله إلى القطاع الخاص.

وقد أوصى الباحث بضرورة تكوين فرق عمل تمثل جميع الأطراف ذات العلاقة بنظام التأمين الصحي لتطرح تصوراتها حول الدور المطلوب منها وكيفية تطبيق النظام الصحي التأميني.

٤) وفي دراسة (ركن ١٩٩١م) حول "نفقات التأمين الصحي للأفراد في المستشفيات الخاصة في جدة" كان الهدف من الدراسة:

- التحقق من اتجاهات عملاء المستشفيات الخاصة في جدة حول نفقات التأمين الصحي ومعرفة ما إذا كانت هذه الاتجاهات سلبية أو إيجابية.
- معرفة النوع المطلوب من نفقات التأمين الصحي ومعرفة أسباب رفض المستشفيات لنفقات التأمين. وكان من أهم النتائج:
- أن معظم المرضى المنومين لديهم اتجاهات إيجابية نحو نفقات التأمين الصحي. حيث وجد أن ٧٤,٦% من أفراد العينة ترغب في التأمين الصحي بينما رفضت ٢٥,٤% من العينة التأمين الصحي، وكانت أنواع التأمين المفضلة حسب الترتيب هي:

نظام التأمين الشامل، نظام التأمين على العمليات الجراحية، نظام التأمين على العلاج في العيادات الخارجية، التأمين على التنويم بالمستشفى، التأمين على بعض الأمراض المحددة.

وكان من أسباب رفض التأمين الصحي حسب الترتيب:

- عدم تطبيق نظام التأمين الصحي ونقص المعلومات عن برامج التأمين لـدى الأفـراد، وعدم استعدادهم الدفع على شيء مجهول وكذلك حرمة التامين من الناحية الدينية.
- يـرى ٦٧,٥% أن نفقـات التـأمين الصحـي يقلـل مـن نفقـات الخدمــات الصحيــة فــي المستقبل للفرد.
- أن نفقات التأمين الصحي تساعد على مواجهة المستقبل المجهول.
- يرى ٥٥,٤% من العينة أن يطبق التأمين الصحي تدريجيا على جميع المواطنين.
- يـرى ٨٨,٢% مـن أفـراد العينـة أن التـأمين الصحـي يجـب أن يطبـق تحـت إشـراف الحكومة.

٥) وفي دراسة (الجارالله، ١٩٩٥م) بعنوان "تغطية التأمين الصحي للعاملين فـي القطاع الخاص بالمملكة العربية السعودية" وكان الهدف منها المساهمة في تحسـين التأمين الصحي للعاملين في القطاع الخاص وذلك من خلال الوقوف على واقع برامج التأمين الصحي ومدى الاختـلاف بينـها مـن مؤسسـة أهليـة إلـى أخـرى وقـد أجريت الدراسة على الشركات الأهلية حيث شملت عينة الدراسة ٢٠ شركة أختيرت عشوائيا وقد استخدم الباحث أسلوب التحليل الوصفي وكان من أهم نتائج الدراسة:

- أن هناك اختلاف بين الشركات والمؤسسات الأهلية فيما يتعلق بالتأمين الصحي وهذا الاختلاف مرتبط بحجم المؤسسات والشركات الأهلية ونوعها.
- أن هناك اختلاف بين الشركات بحسب مجال عملها فبينمـا نجـد أن هنـاك ٦٠% مـن الشركات التجارية لديها تأمين صحي، نجد كذلك ٢٠% فقط من الشركات الصناعيـة لديها تأمين صحي ويشمل التامين داخل المملكة وخارجها.

٦) دراسـة (حسـن، ١٩٩٤م) بعنـوان "اسـتراتيجيات التمويـل والتـأمين الصحــي" وكــانت تــهدف لخلـق إدراك مشـترك لمفــهوم وأسـباب مشــكلة تمويــل الخدمــة واستراتيجيات التأثير علـى أنظمـة التمويـل وطـرق الدفـع وبدائـل مشـاركة واحتـواء

الاستفادة من التكلفة، وقد كانت الدراسة عبارة عن دراسة نظرية تدور حول عدة أسئلة منها:

أ) أسلم الطرق والتداخلات لاستعادة التكلفة أو احتوائها وزيادة المشاركة في تحمل أعبائها.

ب) وسؤال آخر عن موقع التأمين الصحي من هذه التداخلات، وقد خلص الباحث إلى عدة نتائج من أهمها:

- أن أسباب مشكلة تمويل الخدمة الصحية تتلخص في:- نقص الموارد، ضعف التخطيط، المبالغة في استثمارات المشاريع الصحية الحكومية في الماضي، الممارسات الخاطئة تجاه احتواء الكلفة، القيود المالية ومحدودية التحرك في إطار الميزانيات الموضوعة، محدودية اشتراك مستفيدي الخدمة في القرارات.

- أن من أهم عواقب مشكلة تمويل الخدمة الصحية ضعف كفاءة الخدمات الصحية، انكماش الخدمات الصحية، انخفاض الأعمال الافتراضية للمنشآت الصحية، عدم القدرة على بناء منشآت صحية جديدة أو شراء تجهيزات طبية جديدة.

- أن من أهم مصادر تمويل الخدمة الصحية التمويل الحكومي ويمثل من ٢٠-٨٠% من إجمالي التمويل في الدول العربية والذي يركز على الخدمات ذات الطابع العام، يلي ذلك التمويل الأهلي ثم التأمين الصحي.

* أن هناك ثلاثة أنواع من التأمين الصحي هي:

- تأمين حكومي إجباري للعاملين الرسميين الذين يعملون في الحكومة وذلك من خلال استقطاع نسبة من المرتب.

- وهناك التأمين الأهلي وهو تأمين استثماري أهلي يتم من خلال طرف ثالث يعمل بالقطاع الأهلي وتتم الاستقطاعات بناء على احتمالات الأخطار والإصابات المتوقعة.

- تأمين أصحاب الأعمال والذي يكون فيه صاحب العمل هو الطرف الثالث.

وأن من أهم مزايا التأمين الصحي حمل مسؤولية تمويل الخدمات الصحية عن كاهل الحكومة وزيادة التكافل الاجتماعي.

* أن التأمين الصحي يتحقق من خلاله عدة استراتيجيات من أهمها:

أ ) إعادة التوازن بين الموارد والاستثمارات.

ب) إعادة التوازن بين العرض والطلب.

جـ) خفض الإنفاق على الخدمات الصحية.

د ) زيادة الموارد.

هـ) زيادة العائد.

و ) دعم الخصخصة.

ز ) تنويع مصادر التمويل.

* أن استراتيجات التأمين الصحي تساعد على:

أ ) احتواء التكلفة بنسبة من ٤-١٥%.

ب) زيادة المشاركة في تحمل التكلفة.

جـ) زيادة الكفاية والفاعلية.

د ) زيادة تحقيق العدالة والمساواة.

٧) وفي دراسة دوقلاس (Douglas, 1974) حول "تقييم وتحديد الاحتياجات الصحية لمنسوبي جامعة يوتا من أعضاء هيئة التدريس والموظفين والطلاب"، وتهدف الدراسة إلى معرفة تخطيط الاحتياجات الطبية الجامعية فهناك لجنة صحية تجتمع بدعوة من عميد كلية الطب ويرأسها ويكون مسؤولا عن اختيار البدائل والطرق التي تلبي احتياجات منسوبي الجامعة من الخدمات الطبية، وكان أحد عناصر خطة اللجنة الصحية، تحديد حجم الاحتياجات الصحية الحالية للمجتمع الجامعي ووصف شرائح المجتمع واحتياجاته الصحية ونوعها سواء أكانت خدمات صحية أولية أو متقدمة. وقد أظهرت نتائج دراسة المجتمع الجامعي:

أ ) أن هناك ارتباطا بين مجموعة من مجتمع الدراسة وبين استخدام الخدمات الصحية الجامعية دون توضيح نوع الخدمات الطبية المستخدمة.

ب) الحالة الزوجية في المجتمع الجامعي لم يكن لها تأثير واضح في استخدام الخدمات الصحية الجامعية بالرغم من أن الطلبة المتزوجين يتوقع أن يكون استخدامهم للخدمات الصحية الجامعية كبيرا.

جـ) متغير الجنس له علاقة باستخدام الخدمات الصحية الجامعية، حيث أظهرت النتائج أن الطلاب الذين يعيشون مع أهلهم أقل استخداما للخدمات الطبية من الطلاب الذين لا يعيشون مع أهلهم.

د ) كما أظهرت النتائج أن الطلاب غير المتزوجين والذين يتمتعون بتغطية تأمين جزئية كانت زياراتهم للأطباء أكثر من الطلاب الذين يتمتعون بتغطية تأمين أشمل.

وبصفة عامة كانت اتجاهات منسوبي جامعة يوتا نحو الخدمات الصحية الجامعية وتكاليفها مقبولة ومفضلة من الجميع.

٨) أما دراسة (رضوان، ١٩٩٧م) بعنوان "التوجه المستقبلي للتأمين الصحي في مصر مع مشارف القرن الحادي والعشرين" فتهدف إلى التنبؤ بالتوجهات المستقبلية للتأمين الصحي في مصر في ضوء المحددات الأساسية وتشخيص مشاكل الوضع الراهن مع وضع تصور محدد لدور الهيئة العامة للتأمين الصحي وللمؤسسات الصحية الأخرى في المجتمع المصري. وقد اعتمد الباحث في دراسته على الدراسة المكتبية للبيانات الخاصة بالرعاية الصحية التأمينية في مصر، والتنبؤ بالاتجاهات المستقبلية في ضوء دراسة المؤثرات الاقتصادية والإحصائية المتاحة وتحليلها والتي كان من أهم نتائجها:

أ ) الرعاية الصحية التأمينية في مصر على مدى إثنين وثلاثين عاما لم تغط سوى ما يعادل ٣٦,٥% من إجمالي عدد السكان.

ب) لا زال القطاع العام هو الغالب والسائد في كافة المجالات الصحية.

جـ) المطالبة بإفساح المجال للقطاع الخاص ليتولى المسؤولية تمشيا مع الاتجاه العام نحو الخصخصة أو المناداة بالتكامل والمزج بين الاتجاهين.

د ) ضعف مستوى أداء الجهاز الحكومي في مجال الخدمات الصحية وأنخفاض مستوى درجة الرضا العام عنها.

هـ) تحول جهاز التأمين الصحي من مقدم للخدمة بشكل مباشر أو غير مباشر إلى دور المؤمن فقط الذي يقوم باستئجار أو شراء الخدمة ورقابة مستوى أدائها.

٩) دراسة (صادق، ١٩٩٣م) بعنوان "تطوير الخدمات الصحية المقدمة للعاملين في الجهاز الإداري للدولة" تهدف إلى عرض النظام الطبي المقدم من خلال التأمين الصحي ومحاولة تحديد سبل تطويره، ويتبع الباحث في دراسته الأسلوبين: المكتبي من خلال المراجع والدراسات المختلفة، والميداني من خلال المقابلات الشخصية للعاملين في هذا المجال وتطبيق استقصاء لكل من العاملين والمنتفعين بالنظام في عيادتين للتأمين الصحي إحداهما حديثة نسبيا بمدينة نصر، والأخرى تقدم خدماتها منذ فترة طويلة وهي عيادة بمصر الجديدة.

بلغ حجم العينة المطبق عليها الدراسة الميدانية ٤١٥ مفردة تشمل ٣٧٠ منتفعا و ٤٥ طبيبا، وكان من أهم نتائج هذه الدراسة:

أولاً: إيجابيات النظام:

- أن التأمين الصحي قد أثبت من خلال تطبيقه بمصر خلال الثلاثين عاماً الماضية، أنه النظام الوسط بين تقديم الخدمات المجانية من خلال مستشفيات وزارة الصحة والخدمات الطبية الخاصة التي لا يستطيع الاستفادة منها سوى نسبة قليلة من أفراد الشعب.
- التوسع الملحوظ في تطبيق التأمين الصحي فقد بلغ عدد المستفيدين من المنتفعين عام ١٩٦٥م، ١٤٠,٠٠٠ منتفع وأصبح عام ١٩٨٩م ٤,١٤١,٠٠٠ مؤمن عليهم ضد المرض و ٧,٥ مليون مؤمن عليم ضد إصابات العمل.
- حقق نظام التأمين الصحي العدالة بين المنتفعين عن طريق تقديم الخدمات الطبية المختلفة وبصورة واحدة لا فرق بين مستفيد وآخر.
- حقق نظام التأمين الصحي مبدأ التضامن الاجتماعي بين المنتفعين من خلال المساهمة المالية في مشروع التأمين الصحي.

- نظام التأمين الصحي له تأثيره على زيادة الكفاية الإنتاجية للعاملين عن طريق تقديم خدمة الممارس العام داخل المنشآت نفسها مما يوفر على العاملين الوقت والجهد، بالإضافة إلى إحكام الرقابة على الإجازات المرضية وهو ما يؤدي إلى زيادة إنتاجية العمل.

ثانيا: سلبيات النظام:

- طول فترة الانتظار بسبب قلة الأطباء بالقياس إلى عدد المنتفعين.
- عدم العناية بالكشف السريري على المرضى.
- عدم انضباط مواعيد الأطباء (الاستشاريين أو الأخصائيين).
- عدم مراعاة التوزيع الجغرافي للأطباء المتخصصين في بعض التخصصات النادرة مثل (الفشل الكلوي).
- كثرة الإجراءات للحصول على العلاج الشهري والمرور على أكثر من جهة.

## تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الاستعراض العام للبحوث والدراسات السابقة، تبين عدم وجود أي دراسة متكاملة تتعلق ببدائل تمويل التأمين الصحي في الجامعات السعودية أو غيرها من الجامعات في الدول العربية أو الأجنبية وذلك يعود لحداثة الموضوع.

وفي ضوء ما تقدم يرى الباحث أن مكان هذه الدراسة الحالية التي نحن بصددها بين الدراسات السابقة تتميز بما يلي:

١) تتناول الدراسة الحالية تقديم مقترح لخيارات بدائل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية، ويمكن من خلاله المساهمة في تقديم خدمات طبية لعضو هيئة التدريس بجودة نوعية.

٢) اتضح من خلال الدراسات السابقة أنها لم تعط أهمية كبيرة للخدمات الطبية الجامعية وبدائل التأمين الصحي الجامعي مع أنه يستفيد من تلك الخدمات شريحة كبيرة من منسوبي الجامعات وطلاب الجامعات وفئات من المجتمع.

٣) أقتصرت بعض الدراسات السابقة على دراسة موضوع التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية بصفة عامة دون التركيز على مواضيع محددة مما أفقد تلك الدراسات القدرة على الإلمام بكل عناصر التأمين الصحي.

٤) استفاد الباحث من الدراسات السابقة في بناء أداة الدراسة الحالية وكذلك تدعيم مشكلة الدراسة.

٥) اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في مجال وحدود الدراسة وأطرها العامة.

٦) اختلاف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في بيئة التطبيق ومجتمع الدراسة وهذا في نظر الباحث يعطي دراسته ميزة تنفرد بها.

٧) أظهرت نتائج بعض الدراسات المتعلقة بالتأمين الصحي المؤشرات الإيجابية التالية:

- التأمين الصحي يعتبر من الاستثمارات الجيدة للمنشآت والموارد الصحية المتاحة.
- التأمين الصحي يقلل كلفة العلاج على مستوى الفرد والعائلة.
- التأمين الصحي يخفف العبء على المستشفيات الحكومية ويعطيها فرصة لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية والإدارية.
- التأمين الصحي يسهم في تحسين مستوى الصحة من حيث توفير خدمات صحية مميزة ومتوفرة مع خلق بيئة تنافسية بين مقدمي الخدمات الصحية.
- التأمين الصحي يساعد على زيادة المشاركة في تحمل تكاليف الخدمات الصحية.
- التأمين الصحي يعمل على تحقيق العدالة والمساواة في الحصول على الخدمات الصحية.
- التامين الصحي لا يحدث تغييرا كبيرا في استخدام الخدمات الطبية وأثره على تكاليف الرعاية الطبية قد يكون أقل مما هو متوقع.

- أن تحمل المنتفعين بجزء من تكلفة العلاج عند الانتفاع بالخدمة أمر حيوي لترشيد الاستخدام ومنع الاستغلال.
- التأمين الصحي يسهم في توفير موارد مالية مناسبة لتمويل نفقات القطاع الصحي ويقلل الأعباء على الميزانية العامة في الإنفاق الصحي.
- التأمين الصحي يسهم في توفير بدائل التأمين الصحي المناسبة ذات المستوى النوعي الجيد وبأسعار مناسبة.
- التأمين الصحي يسهم في تحقيق الأمان والاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات المؤمن عليهم والتخلص من مظاهر القلق والخوف لعدم توفر الخدمات العلاجية.
- التأمين الصحي يسهم في القضاء على الخلل وضعف الإمكانات والعمل على تطوير الخدمات الطبية بشكل يحقق رضا المؤمن عليهم.

# الفصل الثالث

## التصميم الاجرائي للدراسة

منهج الدراســــــــــــــــة.

مجتمع الدراســــــــــــــــة.

أداة الدراسة (الاستبانـــــة).

أ) بناء الاستبانــة.

ب) صدق الاستبانة.

جـ) ثبات الاستبانــة.

د) توزيع الاستبانة.

أساليب المعالجة الاحصائيـة.

الوصف الاحصائي لعينة الدراسة.

# الفصل الثالث

## التصميم الاجرائي للدراسة:

يحتوي هذا الفصل على الخطوات التي اتبعت للقيام بهذه الدراسة، من حيث المنهج الذي استخدم في الدراسة وتحديد مجتمع الدراسة وعينة الدراسة وأداة جمع المعلومات والبيانات ثم تحديد مراحل بناء الأداة ومن ثم حساب صدق وثبات الأداة المستخدمة وأخيراً الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.

## منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة، الذي يعتمد على وصف ودراسة الظواهر والأشياء التي تتعلق بموضوع الدراسة، من خلال جمع المعلومات والبيانات لمقارنتها وتحليلها، وحيث أن المنهج الوصفي المقارن من أنسب الأنماط ملاءمة لطبيعة هذه الدراسة التي تهدف إلى التعرف على اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي في الجامعات السعودية والوصول إلى استنتاجات تسهم في تحسين وتطوير الخدمات الصحية الجامعية.

## مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية الثمان من حملة الدكتوراه وقد بلغ عددهم في الفصل الثاني لعام ١٤٢٢/١٤٢١هـ (٣٢٣٤) وقد تم استبعاد أعضاء هيئة التدريس المعارين والمتفرغين علمياً، وكذلك أعضاء هيئة التدريس بفروع الجامعات، وقد طبق الباحث الاستبانة على جميع أفراد مجتمع الدراسة دون اختيار عينة منهم وذلك لرغبة الباحث في الحصول على معلومات أكثر شمولاً وصدقاً.

## أداة الدراسة:

### أ) بناء الاستبانة:

في ضوء أهداف الدراسة وتساؤلاتها وفي إطار الدراسات السابقة والإطار النظري تم تحديد عدد من العوامل والمتغيرات الأولية ذات العلاقة بموضوع التأمين الصحي وتم بناء الاستبانة في ضوء هذه الخلفية كما قام الباحث بتصميم عبارات الاستبانة من خلال استطلاع آراء عينة من مجتمع الدراسة عن طريق المقابلة الشخصية وذلك بهدف تكوين بعض الأفكار الأولية عن واقع اتجاهاتهم نحو مشكلة الدراسة.

وقد تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع المعلومات والبيانات من أفراد عينة الدراسة حول اتجاهاتهم نحو بدائل تمويل التأمين الصحي في الجامعات السعودية. وتتألف أداة الدراسة في صورتها النهائية من ثلاثة أجزاء وهي:

### أولاً: المعلومات العامة:

وهي معلومات عامة عن أفراد عينة الدراسة من حيث (اسم الجامعة، المرتبة العلمية، واسم الدولة مصدر شهادة التخرج، الخبرة، العمر، والمستوى الاقتصادي وفئة المستشفيات المستخدمة.

### ثانياً: الخلفية عن الخدمات الصحية:

وهي خلفية عضو هيئة التدريس عن الخدمات الطبية الجامعية ونظام التأمين الصحي وسياسته.

### ثالثاً: أبعاد الدراسة:

ويشمل هذا القسم أربعة أبعاد وهي على النحو التالي:-

أ ) وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي، وقد اشتمل هذا البعد على (٢٠) عبارة.(انظر ملحق رقم (٣)).

ب) وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية مقابل الحصول على رسوم التأمين الصحي، وقد اشتمل هذا البعد على (٧) عبارات.

جـ) وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس نحو قيام الجامعات بدور الوسيط بين منسوبيها وشركات التأمين الصحي في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي الجامعي، وقد اشتمل هذا البعد على (٨) عبارات.

د ) وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية مجاناً لمنسوبيها مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة، وقد اشتمل هذا البعد على (١٢) عبارة.

وقد استخدم الباحث مقياس ليكرت Likert الخماسي لتحديد درجة الموافقة. بحيث تكون كالتالي:

(موافق بشدة، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة).

## ب) صدق الاستبانة:

لقد تم عرض الاستبانة على مجموعات من الأساتذة المحكمين اصحاب الاختصاص في الإدارة والإدارة الصحية والتربية والتعليم وذوي الخبرات العلمية والإدارية واعتمد الباحث في تحديد صدق الاستبانة على صدق المحكمين الذين بلغ عددهم (٣٢) محكماً في كل من جامعة الملك سعود وجامعة الملك عبدالعزيز وجامعة أم القرى والكلية الصحية بالرياض انظر ملحق رقم (٤) وذلك من أجل معرفة صدق محتوى الاستبانة من حيث ملاءمة عبارات الاستبانة لقياس ما أعدت من أجل قياسه، ومدى وضوح هذه العبارات، وقد استفاد الباحث من آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم بحذف بعض العبارات أو تعديلها أو اضافة عبارات جديدة أو دمج واختصار بعض المحاور والعبارات، حتى ظهرت الاستبانة في صورتها النهائية (ملحق رقم ٣).

## جـ) ثبات الاستبانة:

تم حساب ثبات الاستبانة عن طريق الحاسب الآلي باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) وذلك باستخدام معامل ألفا (&) لكرنباخ (Cronpach,s Alpha) حيث بلغت نسبة الثبات ٠,٩٣ كما تم استخدام طريق التجزئه النصفية لفقرات الاستبانة وبلغت نسبة الثبات للجزء الأول ٠,٩٢ وللجزء الثاني ٠,٨٧، وأيضاً تم استخدام طريقة (Guttman) وبلغت نسبة الثبات ٠,٩٣.

## د) توزيع الاستبانة (أداة الدراسة):

قام الباحث بتوزيع الاستبانة على جميع أفراد المجتمع والذي شمل جميع أعضاء هيئة التدريس الذكور في الجامعات السعودية الثمان من حملة الدكتوراه والذين هم على رأس العمل خلال الفصل الدراسي الثاني لعام ١٤٢٢هـ وقد بلغ عددهم ٣٢٣٤، حيث قام الباحث شخصيا بزيارة كل جامعة وقابل مديرها أو وكيلها للشرح والموافقة على خطابات من معالي مدير جامعة أم القرى لتوزيع الاستبانة على أعضاء هيئة التدريس السعوديين (ملحق رقم ٥) وتم تسليم كل جامعة عددا من الاستبانات. ومرفق بكل استبانة ظرف يحمل عنوان الباحث البريدي وعليه طابع البريد فما كان على المجيب إلا أن يقوم بوضع الاستبانة في أقرب صندوق بريد بعد الإجابة عليها.

وقد بدأ الباحث في توزيع الاستبانة اعتباراً من يوم ١٠ محرم ١٤٢٢هـ ثم قام الباحث بعملية متابعة جمع الاستبانات عن طريق الزيارات المتكررة لجامعة أم القرى وجامعة الملك عبدالعزيز وجامعة الملك خالد أما الجامعات الأخرى فقد تمت المتابعة عن طريق الاتصال الهاتفي المستمر وإرسال مندوبين لمتابعة جمع الاستبانات وإرسالها.

وقد بذل الباحث جهوداً مضنية في سبيل رفع نسبة العائد من الاستبانات عن طريق الاتصال الرسمي وغير الرسمي لضمان استعادة أكبر عدد ممكن منها، وقد بلغ عدد الاستبانات المعادة (٩٦٠) استبانة مثلت نسبة (٢٩,٧%) من مجتمع الدراسة، وهذه نسبة مقبولة في نظر الباحث، وبعد فحص الاستبانات ومراجعتها تبين وجود (١٧٧) استبانة غير صالحة للاستخدام لعدم إجابتها على جميع عبارات الاستبانة وعدم وضوح بعضها وعدم الرغبة من قبل بعض أفراد عينة الدراسة في نظام التأمين الصحي الجامعي حيث يتعذر عليه الإجابة على عبارات الإستبانة، وكان عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي (٧٨٣) استبانة مثلت نسبة (٢٤,٢) والجدول رقم (٩) يوضح مجتمع الدراسة لكل جامعة وعدد المستجيبين ونسبتهم لمجتمع الدراسة والاستجابات المستبعدة والاستجابات الصالحة للدراسة ونسبتها لعينة الدراسة.

## جدول رقم (٩)

عدد أعضاء هيئة التدريس لكل جامعة وعدد المستجيبين ونسبتهم لمجتمع الدراسة، والاستجابات المستبعدة والاستجابات الصالحة للدراسة ونسبتها لعينة الدراسة

| م | الجامعة | عدد أعضاء هيئة التدريس | عدد المستجيبين | نسبة المستجيبين لمجتمع الدراسة | الاستجابات المستبعدة | الاستجابات الصالحة | نسبة المستجيبين لعينة الدراسة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | أم القرى | ٣٧٩ | ١٢٣ | ٣٢,٤ | ٢٣ | ١٠٠ | %١٢,٨ |
| ٢ | الملك سعود | ٨٦٢ | ١٩٧ | ٢٢,٨ | ٢٥ | ١٧٢ | %٢٢,٠ |
| ٣ | الملك فيصل | ٢١٥ | ٨١ | ٣٧,٧ | ٩ | ٧٢ | %٩,٢ |
| ٤ | الملك فهد | ١٩٩ | ٨٦ | ٤٣,٢ | ١٨ | ٦٨ | %٨,٧ |
| ٥ | الملك عبدالعزيز | ٧٢٤ | ١٦٠ | ٢٢,٠ | ٢٦ | ١٣٤ | %١٧,١ |
| ٦ | الملك خالد | ١٣٥ | ٨٣ | ٦١,٤ | ١٠ | ٧٣ | %٩,٣ |
| ٧ | الإسلامية | ٢١٩ | ١٠٠ | ٤٥,٦ | ٣٥ | ٦٥ | %٨,٣ |
| ٨ | الإمام محمد بن سعود | ٥٠١ | ١٣٠ | ٢٥,٩ | ٣١ | ٩٩ | %١٢,٦ |
| | المجموع | ٣٢٣٤ | ٩٦٠ | %٢٩,٧ | ١٧٧ | ٧٨٣ | %٢٤,٢ |

### أساليب المعالجة الاحصائية:

تم تحليل بيانات الدراسة بعد تفريغها وإدخالها بالحاسب الآلي بجامعة أم القرى، وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التي توفرها مجموعة البرامج الإحصائيـة للعلوم الاجتماعيـة (SPSS) وفقاً للأساليب الإحصائية التالية:

١) التكرارات والنسب المئوية لتحديد خصائص أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة.

٢) المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمعرفة درجة اتجاهات وموافقات أفراد عينة الدراسة نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات.

٣) معامل الثبات ألفا (Alpha) وذلك لتحديد مدى ثبات الاستبانة.

تحليل التمايز (Discriminant) لتحديد مجموعة المتغيرات Variables Set التي تميز كل فئة عن بقية الفئات بحسب الجامعة، والمرتبة العلمية، ومصدر الشهادة والخبرة والعمر، والمستوى الاقتصادي، وعدد أفراد الأسرة وفئة المستشفيات المستخدمة.

**الوصف الإحصائي لعينة الدراسة:**

تم توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات الدراسة الأولية والجداول التالية توضح التوزيع حسب الجامعة والمرتبة العلمية ومصدر الشهادة والخبرة والعمر وعدد أفراد الأسرة والمستوى الاقتصادي للأسرة وفئة المستشفيات المستخدمة.

١) **الجامعة:**

لقد أجريت الدراسة على جميع أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية الثمان وهي جامعة أم القرى، جامعة الملك سعود، جامعة الملك فيصل، جامعة الملك فهد، جامعة الملك عبدالعزيز، جامعة الملك خالد، الجامعة الإسلامية، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية.

جدول رقم (١٠)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً للجامعة التي ينتمون إليها

| م | الجامعة | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | أم القرى | ١٠٠ | %١٢,٨ |
| ٢ | الملك سعود | ١٧٢ | %٢٢,٠ |
| ٣ | الملك فيصل | ٧٢ | %٩,٢ |
| ٤ | الملك فهد | ٦٨ | %٨,٧ |
| ٥ | الملك عبدالعزيز | ١٣٤ | %١٧,١ |
| ٦ | الملك خالد | ٧٣ | %٩,٣ |
| ٧ | الإسلامية | ٦٥ | %٨,٣ |
| ٨ | الامام محمد بن سعود | ٩٩ | %١٢,٦ |
| | المجمـــــوع | ٧٨٣ | %١٠٠ |

وكما يتضح من الجدول رقم (١٠) أن توزيع العينة كان على النحو التالي:-

١) ٢٢% من أفراد العينة من منسوبي جامعة الملك سعود.
٢) ١٧,١% من أفراد العينة من منسوبي جامعة الملك عبدالعزيز.
٣) ١٢,٨% من أفراد العينة من منسوبي جامعة أم القرى.
٤) ١٢,٦% من أفراد العينة من منسوبي جامعة الإمام محمد بن سعود.
٥) ٩,٣% من أفراد العينة من منسوبي جامعة الملك خالد.
٦) ٩,٢% من أفراد العينة من منسوبي جامعة الملك فيصل.
٧) ٨,٧% من أفراد العينة من منسوبي جامعة الملك فهد.
٨) ٨,٣% من أفراد العينة من منسوبي الجامعة الإسلامية.

٢) **المرتبة العلمية:**

يصنف أعضاء هيئة التدريس حسب المراتب العلمية إلى أستاذ، أستاذ مشارك، أستاذ مساعد.

جدول رقم (١١)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً للمرتبة العلمية

| م | المرتبة العلمية | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | أستاذ مساعد | ٤١٤ | %٥٢,٩ |
| ٢ | أستاذ مشارك | ٢٣٨ | %٣٠,٤ |
| ٣ | أستـــــاذ | ١٣١ | %١٦,٧ |
| | المجمـــــوع | ٧٨٣ | %١٠٠ |

يلاحظ من الجدول رقم (١١) أن النسبة الأكبر ٥٢,٩% من عينة الدراسة تحمل درجة أستاذ مساعد وأن ١٦,٧% يحملون درجة أستاذ، بينما ٣٠,٤%

يحملون درجة أستاذ مشارك، مما يعني أن معظم أفراد العينة يحملون درجة أستاذ مشارك وأستاذ مساعد.

٣) **الدولة التي حصلوا منها على درجة الدكتوراة:**

لقد تم تصنيف الجهات المانحة لشهادة الدكتوراه إلى عدة فئات هي:

١) المملكة العربية السعودية.

٢) الدول العربية.

٣) الولايات المتحدة الأمريكية وكندا.

٤) الدول الأوروبية.

جدول رقم (١٢)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة بحسب مصدر شهادة الدكتوراة

| م | الدولة | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | المملكة العربية السعودية | ١٥٤ | %١٩,٧ |
| ٢ | الدول العربية | ٦٧ | %٨,٥ |
| ٣ | أمريكا وكندا | ٤٠٥ | %٥١,٧ |
| ٤ | دول أوروبا | ١٥٧ | %٢٠,١ |
| | المجموع | ٧٨٣ | %١٠٠ |

يلاحظ من الجدول رقم (١٢) أن أعلى نسبة ٥١,٧% من أفراد العينة حصلوا على درجة الدكتوراه من أمريكا وكندا، بينما بلغت نسبة الحاصلين على درجة الدكتوراة من الدول العربية ٨,٥%، وبلغت نسبة الحاصلين على درجة الدكتوراة من المملكة العربية السعودية ١٩,٧%. أما الحاصلين على درجة الدكتوراة من دول أوروبا بلغت نسبتهم ٢٠,١%، مما يعني أن أغلب أفراد العينة حاصلين على درجة الدكتوراة من الدول الغربية.

٤) **سنوات الخبرة:**

صنفت خبرات أفراد عينة الدراسة إلى أربع فئات هي: مبتدئي الخبرة أقل من خمس سنوات، وقليلي الخبرة بين ٥ إلى ١٠ سنوات ومتوسطي الخبرة بين ١٠ إلى ١٥ سنة وأخيراً طويلي الخبرة وهم من لهم خبرة أكثر من ١٥ سنة.

جدول رقم (١٣)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً للخبرة في العمل الجامعي

| م | عدد سنوات الخبرة | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | أقل من (٥) سنوات | ١٤٣ | %١٨,٣ |
| ٢ | من (٥) إلى أقل من (١٠) سنوات | ١٧٨ | %٢٢,٧ |
| ٣ | من (١٠) إلى أقل من (١٥) سنة | ١٦٨ | %٢١,٥ |
| ٤ | من (١٥) سنة فأكثر | ٢٩٤ | %٣٧,٥ |
| | المجمـــــوع | ٧٨٣ | %١٠٠ |

من الجدول رقم (١٣) يتضح لنا أن أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من ذوي الخبرة الطويلة الذين لهم خبرة من (١٥) سنة فأكثر حيث بلغت نسبتها ٣٧,٥ وبلغت نسبة الفئة الذين تتراوح خبرتهم (من ٥ إلى أقل من ١٠ سنوات) ٢٢,٧% كما يلاحظ أن نسبة ٢١,٥% من أفراد عينة الدراسة تتراوح خبرتهم من (١٠ إلى أقل من ١٥ سنة)، مما يعني أن معظم أفراد العينة من ذوي الخبرات الطويلة الذين تزيد خبرتهم عن عشر سنوات.

### ٥) العمـــــر:

لقد تم تصنيف عينة الدراسة إلى أربع فئات هي: أقل من ٣٠ سنة، ومن ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة ومن ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة ومن ٥٠ سنة فاكثر.

جدول رقم (١٤)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً للفئات العمرية

| م | الفئات العمرية | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | أقل من (٣٠) سنة | ١٤ | ١,٨% |
| ٢ | من (٣٠) إلى أقل من (٤٠) سنة | ٢٣٧ | ٣٠,٣% |
| ٣ | من (٤٠) إلى أقل من (٥٠) سنة | ٣٦١ | ٤٦,١% |
| ٤ | من (٥٠) سنة فأكثر | ١٧١ | ٢١,٨% |
| | المجمـــــوع | ٧٨٣ | ١٠٠% |

يوضح الجدول رقم (١٤) الفئات العمرية لأفراد عينة الدراسة حيث بلغت أعلى نسبة ٤٦,١% وهم الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة)، كما يلاحظ أن نسبة أفراد عينة الدراسة والتي تقل أعمارهم عن ٣٠ سنة هم أقل الفئات حيث بلغت ١,٨%، بينما بلغت نسبة من تجاوزت أعمارهم ٥٠ سنة ٢١,٨%، أما نسبة ذوي الفئات العمرية الذين تتراوح أعمارهم (من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة) فبلغت ٣٠,٣%، مما يعني أن معظم أفراد عينة الدراسة هم من ذوي الفئات العمرية من ٤٠ سنة فما فوق.

### ٦) عـــدد أفراد الأسرة:

لقد تم توزيع فئات العينة بحسب عدد أفراد الأسرة إلى: فئة الأسرة الصغيرة (أقل من ٦ أفراد) وفئة الأسرة المتوسطة من (٦ إلى ١٢ فرد) وفئة الأسرة الكبيرة الحجم أكثر من (١٢ فرد).

جدول رقم (١٥)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً لعدد أفراد الأسرة

| م | عـدد أفراد الأسرة | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | أقل من (٦) أفراد | ٤٢٣ | %٥٤ |
| ٢ | من ٦ – ١٢ فرداً | ٣٤٤ | %٤٣,٩ |
| ٣ | أكثر من (١٢) فرداً | ١٦ | %٢ |
| | المجمـــوع | ٧٨٣ | %١٠٠ |

يتضـح لنا من الجــدول رقـم (١٥) أن معظـم أفـراد عينـة الدراسـة مـن ذوي الأسـر الصغيرة (٦ أفراد فاقل)، حيث بلغت نسبتهم ٥٤%، كما يلاحظ أن نسبة الأسر الكبيرة والتي تتكون من (١٢ فرداً فأكثر) بلغت ٢%، وبلغت نسبة الأسر المتوسطة مـن (٦إلـى١٢ فـرداً) ٤٣,٩%، مما يعني أن معظم أفراد عينة الدراسة هم من ذوي الأسر المتوسطة فما دون.

٧) **المستوى الاقتصادي للأسرة:**

نظراً لكون أعضاء هيئة التدريس غالباً لا تقل دخولـهم عن المسـتوى المتوسـط فقـد صنفت عينة الدراسة إلى ثلاث فئات هي: متوسطي الدخل وفوق المتوسط ومرتفعي الدخل.

جدول رقم (١٦)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً للمستوى الاقتصادي للأسرة

| م | مستوى الأسرة الاقتصادي | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | متوســـط | ٤٤٩ | %٥٧,٣ |
| ٢ | فوق المتوسط | ٣٠٥ | %٣٩ |
| ٣ | مرتفـــع | ٢٩ | %٣,٧ |
| | المجمـــوع | ٧٨٣ | %١٠٠ |

وكما يتضح من الجدول رقم (١٦) أن معظم أفراد العينة وعددهم (٤٤٩عضواً) ونسبتهم ٥٧,٣% من ذوي الدخل المتوسط، بينما نجد أن ٣,٧% (٢٩عضواً) من ذوي الدخل المرتفع، وقد بلغت نسبة ذوي الدخل فوق المتوسط ٣٩% (٣٠٥ عضواً) مما يعني أن معظم أفراد العينة من ذوي الدخل فوق المتوسط فما دون.

٨) **نوع المستشفيات المستخدمة:**

في إطار الخدمات الطبية المتوافرة في المملكة العربية السعودية تم تصنيف المستشفيات المستخدمة إلى أربع فئات هي: المستشفيات الحكومية والتخصصية والمستشفيات الجامعية والمستشفيات الأهلية واستخدام أكثر من نوع من المستشفيات.

جدول (١٧)

التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفقاً لنوع المستشفيات المستخدمة

| م | نوع المستشفيات المستخدمة | التكرار (ت) | النسبة % |
|---|---|---|---|
| ١ | المستشفيات الحكومية والتخصصية | ١٧٣ | ٢٢,١% |
| ٢ | المستشفيات الجامعية | ٣٤٩ | ٤٤.٥% |
| ٣ | المستشفيات الأهلية | ١٠٩ | ١٣,٩% |
| ٤ | استخدام أكثر من نوع من المستشفيات | ١٥٣ | ١٩,٥% |
| | المجمـــــوع | ٧٨٣ | ١٠٠% |

من خلال الجدول رقم (١٧) يتضح لنا توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفيات المستخدمة للعلاج، حيث تبين أن (٣٤٩عضواً) ٤٤.٥% يستخدمون المستشفيات الجامعية للعلاج، بينما (١٠٩عضواً) بنسبة ١٣,٩% يستخدمون المستشفيات

الأهلية وهي النسبة الأقل. كما يلاحظ أن (١٧٣عضو) بنسبة ٢٢,١% يستخدمون المستشفيات الحكومية والتخصصية للعلاج، أما (١٥٣ عضو) ١٩,٥% فيستخدمون أكثر من نوع من المستشفيات للعلاج سواءاً كانت حكومية أو خاصة، ومن خلال تلك النتائج يتضح أن غالبية أفراد عينة الدراسة يستخدمون المستشفيات الجامعية والحكومية.

**٩) خلفية أفراد عينة الدراسة عن التأمين الصحي:**

قام الباحث بتحديد خلفية أعضاء هيئة التدريس ذات العلاقة بالتأمين الصحي حسب استقرائه من الدراسات السابقة في عدة متغيرات هي:

١) حجم الاستفادة من الخدمات الطبية الجامعية.

٢) مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية.

٣) هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الجامعية دون تغطية التأمين الصحي.

٤) معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.

٥) خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي.

## جدول (١٨)

### توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لخلفيتهم عن التأمين الصحي والخدمات الطبية الجامعية

| م | | | التكرار | النسبة |
|---|---|---|---|---|
| ١ | | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية | ( ت ) | ( % ) |
| | المقياس | كبيرة | ٩٤ | %١٢ |
| | | متوسطة | ٣٨٦ | %٤٩.٣ |
| | | قليلة | ٣٠٣ | %٣٨,٧ |
| المجمــوع | | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| ٢ | | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية | ( ت ) | ( % ) |
| | المقياس | جيد | ١٤٦ | %٢٤,١ |
| | | مقبوله | ٤٤٨ | %٥٧,٢ |
| | | ضعيفه | ١٨٩ | %١٨,٦ |
| المجمــوع | | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| ٢ | | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الجامعية دون تغطية التأمين الصحي | ( ت ) | ( % ) |
| | المقياس | موافق | ٢٠٢ | %٢٥,٨ |
| | | متردد | ٢٣١ | %٢٩,٥ |
| | | غير موافق | ٣٥٠ | %٤٤,٧ |
| المجمــوع | | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| ٤ | | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية | ( ت ) | ( % ) |
| | المقياس | كثيرة | ٣٨ | %٤,٩ |
| | | قليلة | ٣٧٢ | %٤٧,٥ |
| | | محدودة جداً | ٣٧٣ | %٤٧,٦ |
| المجمــوع | | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| ٥ | | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي | ( ت ) | ( % ) |
| | المقياس | طويلة | ٤٩٤ | %٦٣,١ |
| | | قصيرة | ٢١٤ | %٢٧,٣ |
| | | لا يوجد | ٧٥ | %٩,٦ |
| المجمــوع | | | | %١٠٠ |

وتشير نتائج جدول رقم (١٨) إلى أن ٤٩,٣% من أفراد العينة كان حجم استفادتهم من الخدمات الطبية الجامعية متوسطا، بينما ١٢% من أفراد العينة كان حجم استفادتهم كبيرا، أما ٣٨,٧% من أفراد العينة فقد كان حجم استفادتهم من الخدمات الطبية الجامعية قليلا، مما يعني أن معظم أفراد عينة الدراسة كان حجم استفادتهم من الخدمات الطبية الجامعية متوسطا فأقل.

وهذه النتيجة تتفق مع تقرير جامعة كاليفورنيا (Mary, 2000) على أن اعتماد الطلاب ومنسوبي الجامعة على الخدمات الصحية الجامعية تتراوح بين ٥٥% و ٩٠% حيث يستخدمون الخدمات الصحية على الأقل مرة واحدة أثناء وجودهم بالجامعة.

ويلاحظ أن نسبة ٥٧,٢% من أفراد عينة الدراسة ترى أن مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية مقبولة، أما ١٨,٦% من أفراد عينة الدراسة فترى أن مستوى الخدمات الطبية الجامعية ضعيفة، بينما نجد أن ٢٤,١% من أفراد العينة ترى أن مستوى الخدمات الطبية جيد، مما يعني أن معظم أفراد عينة الدراسة يرون أن مستوى الخدمات الطبية الجامعية مقبول.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة دوقلاس (Douglas, 1979) والتي تشير إلى أن اتجاهات منسوبي جامعة يوتا (UTAH University) كانت مقبولة ومفضلة من الجميع بصفة عامة نحو الخدمات الصحية الجامعية.

وكما يظهر من الجدول رقم (١٨) أن عددا من أفراد عينة الدراسة نسبة ٤٤,٧% لا يوافقون على الاستمرار في الحصول على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي بينما نجد أن ٢٩,٥% من أفراد العينة مترددة في قرارها حول استمرار حصولهم على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين أو حصولهم على تغطية التأمين الصحي، ويوافق ٢٥,٨% من أفراد عينة الدراسة على الحصول على الخدمات الطبية الجامعية بدون تغطية التأمين الصحي، مما يعني أن غالبية أفراد عينة الدراسة غير موافقين على الحصول

على الخدمات الطبية الجامعية كما هو السائد الآن وبدون تطبيق نظام التأمين الصحي الجامعي ويرغبون في الحصول على التغطية التأمينية للخدمات الصحية الجامعية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (العمر والربيعة، ١٩٩٨م) وكذلك دراسة (بالغيوم، ١٩٩٦م) من أن تطبيق التأمين الصحي سيسهل الحصول على الخدمات الصحية، ويؤدي إلى تقديم خدمات صحية آمنة من المخاطر الغير متوقعة، ويؤدي إلى تحسين نوعية الخدمات الصحية، ويقلل من تكاليف الخدمات الصحية.

ويظهر من التحليل أن المعلومات المتوافرة لدى أفراد عينة الدراسة عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية تكاد تكون محدودة جداً حيث بلغت نسبتهم ٤٧,٦% أما أفراد عينة الدراسة التي لديها معلومات عن نظام التأمين الصحي فكانت نسبتهم صغيرة جداً حيث تمثل ٤,٩%، بينما نجد أن معلومات ٤٧,٥% من أفراد عينة الدراسة عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية قليلة، مما يعني أن معلومات معظم أفراد عينة الدراسة عن التأمين الصحي في المملكة محدودة جداً فأقل.

وتتفق هذه النتيجة مع بعض نتائج دراسات (ركن، ١٩٩١م) ودراسة (العمر والربيعة، ١٩٩٨م) وهي أن من أسباب عدم تطبيق نظام التأمين الصحي وسلبياته هو نقص المعلومات لدى الأفراد عن برامج التأمين الصحي وعدم معرفة المؤمن عليه للخدمات الصحية التي تغطيها بوليصة التأمين وخلو بطاقته التأمينية من المعلومات الأساسية التي تساعد المستشفى على التعرف على الخدمات المشمولة.

أما خبرة أفراد عينة الدراسة في التعامل مع نظام التأمين الصحي فقد كانت طويلة خارج المملكة العربية السعودية حيث بلغت نسبتها ٦٣,١%، كما أن ٩,٦% من أفراد عينة الدراسة لا توجد لديهم أي خبرات في التعامل مع نظام التأمين الصحي، بينما ٢٧,٣% من أفراد العينة خبراتهم قصيرة في التعامل مع نظام التأمين الصحي، مما يعني أن معظم أفراد عينة الدراسة الحاصلين على مؤهلاتهم من البلاد الغربية كانت خبراتهم عن نظام التأمين الصحي طويلة.

## ١٠) وجهة نظر أفراد عينة الدراسة نحو نظام التأمين الصحي وسياسته:

لقد ركزت الدراسة الحالية على إتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بعض العوامل والمتغيرات وهي:

١) نوع تغطيه التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها.

٢) نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.

٣) الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي.

٤) المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين لكل فرد من أفراد أسرتك.

٥) رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين والمستشفيات.

٦) السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي على منسوبيها.

جدول (١٩)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لاتجاهاتهم نحو نظام التأمين الصحي وسياسته

| م / ١ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها | التكرار ( ت ) | النسبة ( % ) |
|---|---|---|---|
| المقياس | شاملة | ٤٩٩ | %٦٣,٧ |
| | جزئية | ٢٨٤ | %٣٦,٣ |
| | لا أرغب | صفر | صفر |
| المجموع | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| م / ٢ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله | ( ت ) | ( % ) |
| المقياس | جماعي | ٥٣٢ | %٦٧,٩ |
| | فئوي | ١٧٠ | %٢١,٧ |
| | فردي | ٨١ | %١٠,٣ |
| المجموع | | ٧٨٣ | %١٠٠ |

تابع جدول (١٩/١)

| م | ٣ الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي | التكرار ( ت ) | النسبة ( % ) |
|---|---|---|---|
| المقياس | شركات التأمين | ١٢٦ | %١٦,١ |
| | التأمين الجامعي | ٥٦١ | %٧١,٦ |
| | التأمين المباشر مع المستشفيات الخاصة | ٩٦ | %١٢,٣ |
| المجمـــوع | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| م | ٤ المقدار المالي الذي تستطيع دفعة للتأمين لكل فرد من أفراد أسرتك | ( ت ) | ( % ) |
| المقياس | من ١٠٠٠ إلى أقل من ٢٠٠٠ ريال سنوياً | ٦٧٩ | %٨٦,٧ |
| | من ٢٠٠٠ إلى أقل من ٣٠٠٠ ريال سنوياً | ٧٧ | %٩,٨ |
| | أكثر من ٣٠٠٠ ريال سنوياً | ٢٧ | %٣,٤ |
| المجمـــوع | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| م | ٥ رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين والمستشفيات | ( ت ) | ( % ) |
| المقياس | حسم رسوم التأمين من الراتب مباشرة | ٣٠٣ | %٣٨,٧ |
| | سداد رسوم التأمين بواسطة المؤمن عليه | ١٩٥ | %٢٤,٩ |
| | قيام الجامعات بجمع رسوم التأمين وسدادها لشركات التأمين والمستشفيات | ٢٨٥ | %٣٦,٤ |
| المجمـــوع | | ٧٨٣ | %١٠٠ |
| م | ٦ السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي على منسوبيها | ( ت ) | ( % ) |
| المقياس | مبلغ مقطوع يعادل بدل العلاج | ٣٢٢ | %٤١,١ |
| | نسبة تساوي النسب التي تساهم بها المؤسسات المماثلة في التأمين الصحي على منسوبيها | ٢٩٣ | %٣٧,٤ |
| | مبلغ يعادل متوسط كلفة علاج الفرد | ١٤٨ | %١٨,٩ |
| | قيم مفقودة | ٢٠ | %٢,٦ |
| المجمـــوع | | ٧٨٣ | %١٠٠ |

وتشير نتائج جدول رقم (١٩) إلى وجهة نظر أفراد عينة الدراسة نحو نظـام التـأمين الصحي وسياسته، حيث أن نسبة ٦٣,٧% من أفراد عينـة الدراسـة يرغبـون فـي أن تكـون تغطية التأمين الصحي المقدمة لهم شاملة.

كما ظهر من التحليل رغبة ٣٦,٣% من أفراد عينة الدراسة في الحصول على تغطية التأمين الصحي الجزئية. بينما سجلت نسبة أفراد عينة الدراسة (صفراً) من حيث عدم الرغبة في الحصول على التغطية التأمينية الصحية. مما يؤكد أن معظم أفراد عينة الدراسة يرغبون في الحصول على تغطية التأمين الصحي الشامل ثم تغطية التأمين الصحي الجزئي.

وتتفق هذه النتيجة مع بعض نتائج دراسة (ركن ١٩٩١م) وهي أن معظم أفراد العينة ترغب في التأمين الشامل ثم التأمين على البرامج الصحية الأخرى.

كما تدل النتائج على أن النسبة الأكبر ٦٧,٩% هم الذين يفضلون التأمين الجماعي، كما أن نسبة ١٠,٣% من أفراد عينة الدراسة تفضل نظام التأمين الفـردي، بينمـا ٢١,٧% من أفراد عينة الدراسة يفضلون نظام التأمين الصحي الفئوي، مما يؤكد أن معظم أفراد عينة الدراسة تفضل نظام التأمين الصحي الجماعي ثم التأمين الفئوي.

ويلاحظ ايضاً ان نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة تصل إلى ٧١,٦% يرغبون في أن تكون الجامعة هي الجهة التي تقدم لهم التأمين الصحي المتمثل في التأمين الجامعي، كما أن نسبة ١٢,٣% من أفراد عينة الدراسة يرغبون في أن تكـون المستشـفيات الخاصـة هـي الجهة التي تقدم لهم التامين الصحي وذلك من خلال التعاقد المباشر مع المستشفيات الخاصة، بينما ١٦,١% من أفراد عينة الدراسة ترغب في أن تكون شركات التأمين هـي الجهـة التـي تقدم لهم التأمين الصحي، مما يبين لنا أن معظـم أفـراد عينـة الدراسـة يرغبـون فـي التـأمين الجامعي.

وتتفق هذه النتيجة مع التأمين الصحي في الجامعات الأمريكية مثل جامعـة جورجيا، (١٩٩٦م) وجامعة اوبيرن (٢٠٠٠م) وجامعة ويومنج (١٩٩٩م) حيث تقدم برنـامج التأمين الصحي الجماعي لمنسوبيها.

ويشير التحليل إلى أن ٨٦,٧% من أفراد عينة الدراسة يرون أن المقدار المالي الذي يستطيعون دفعه للتأمين الصحي هو (من ١٠٠٠ إلى أقل من ٢٠٠٠ ريال سنوياً)، كما أن نسبة ٣,٤% من أفراد العينة أفادوا بقدرتهم على دفع (أكثر من ٣٠٠٠ ريال سنوياً وهي النسبة الأقل. بينما ٩,٨% من أفراد العينة أفادوا بقدرتهم على دفع مقدار مالي للتأمين الصحي يتراوح من (٢٠٠٠ إلى أقل من ٣٠٠٠ ريال سنوياً)، مما يوضح لنا أن معظم أفراد عينة الدراسة لهم قدرة مالية لدفع من ٢٠٠٠ ريال فأقل على التأمين الصحي وهي الفئة الأولى.

ويرون أن تكاليف الاشتراك في التأمين الصحي عالية وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (بوريش، ١٩٩٧م) حيث ذكر ان هناك نسبة من غير المؤمنين أفادوا أنهم لا يستطيعون دفع تكاليف الرعاية الصحية.

وحول رأي أفراد عينة الدراسة في طريقة دفع رسوم التأمين فالذين يرون خصمها من الراتب مباشرة بلغت نسبتهم ٣٨,٧%، وأشار ٢٤,٩% من أفراد عينة الدراسة أن يكون سداد رسوم التأمين بواسطة المؤمن عليهم، بينما يرى ٣٦,٤% من أفراد العينة قيام الجامعات بجمع رسوم التأمين وسدادها للجهة التي تقدم خدمات التأمين الصحي، مما يؤكد أن معظم أفراد عينة الدراسة يرغبون في حسم رسوم التأمين من الراتب مباشرة أو قيام الجامعات بجمع الرسوم وسدادها للجهات المقدمة لخدمات التأمين الصحي.

وتتفق هذه النتيجة مع أنظمة الجامعات الأمريكية التي تقدم التأمين الصحي لمنسوبيها مثل جامعة ميتشجن وجامعة بوردو وجامعة بنسلفانيا وجامعة جورجيا وجامعة كاليفورنيا (التأمين الصحي في الجامعات) حيث يتم استقطاع رسوم التأمين الصحي من الراتب الشهري للموظف.

أما فيما يتعلق بسياسة الجامعات التي يؤيدها أفراد عينة الدراسة للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها فيظهر أن معظم أفراد عينة الدراسة ٤١,١% يرغبون في أن يكون الدعم في شكل مبلغ مقطوع يعادل بدل العلاج، كما يرى ٣٧,٤% من أفراد عينة

الدراسة أن تكون سياسة الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي في شكل مساهمة بنسبة مماثلة للنسبة التي تسهم بها المؤسسات المماثلة من قيمة اشتراك التأمين الصحي، بينما ١٨,٩% من أفراد عينة الدراسة يرون أن السياسة التي يمكن أن تتبعها الجامعة للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها هو المساهمة بمبلغ يعادل متوسط كلفة علاج الفرد، كما امتنع ٢,٦% من أفراد عينة الدراسة عن الإدلاء برأيهم حول السياسة التي يمكن أن تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها.

وتتفق هذه النتيجة مع أنظمة التأمين الصحي في الجامعات الأمريكية (التأمين الصحي في الجامعات) مثل جامعة بوردو وجامعة كارولينا وجامعة بنسلفانيا وجامعة جورجيا وجامعة أوبيرن من حيث دعم الجامعة لبرامج التأمين الصحي لمنسوبيها. كما تتفق مع دراسة (جاكسون، ١٩٨٨م) التي تشير إلى برامج التأمين الصحي المقدمة للمناطق التعليمية في ولاية ميسوري للموظفين والمدعومة بالمشاركة في التكلفة الصحية في شكل حسومات.

# الفصل الرابع

# عرض وتحليل البيانات والنتائج

## أولاً: التحليل الوصفي .

## ثانيا: تحليل التمايـــــــز.

# الفصل الرابع

# عرض وتحليل البيانات والنتائج

يشتمل هذا الفصل على عرض وتحليل البيانات والنتائج من خلال التحليل الوصفي وتحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب متغيرات الدراسة من أجل الوصول إلى مجموعة من المتغيرات المميزة لمجموعات أفراد الدراسة.

## أولاً: التحليل الوصفي:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية ، وللإجابة على تساؤلات هذه الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات من أجل الوصول إلى نتائج الدراسة النهائية، فقد تم تفريغ نتائج التحليل الإحصائي في جداول خاصة تعبر عن نتائج الدراسة الميدانية.

- وقد اعتمد الباحث في تفسير نتائج الدراسة على الحدود الحقيقية لفئات المقياس الخماسي المستخدم في الإجابة على فقرات الاستبانة وذلك على النحو التالي :
- تكون درجة الموافقة عالية عندما يكون المتوسط الحسابي ( ٤,٥٠) درجة فما فوق .
- تكون درجة الموافقة فوق المتوسطة عندما يكون المتوسط الحسابي (٣,٥٠) درجة إلى أقل من (٤,٥٠) درجة .
- تكون درجة الموافقة (المحايده) عندما يكون المتوسط الحسابي (٣).
- تكون درجة عدم الموافقة (ضعيفة) عندما يكون المتوسط الحسابي بين (٣-١,٥٠) درجة.
- تكون درجة عدم الموافقة (كبيرة) عندما يكون المتوسط الحسابي اقل من (١,٥٠) درجة.

وفيما يلي نتائج الدراسة معروضة وفقا لتساؤلات الدراسة التالية:

**السؤال الأول :**

**ما وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي ؟**

للإجابة على هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة مدى موافقة أفراد عينة الدراسة نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي . وقد جاءت النتائج على النحو الموضح في الجدول رقم (٢٠) والتي يمكن من خلالها معرفة المتوسطات الحسابية لدرجة موافقة عينة الدراسة.

# جدول رقم (٢٠)

## التكرارات والنسب والمتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجة موافقة أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي

| م | العبارة | مدى الموافقة | | | | | | | | | | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | موافق بشدة | | موافق | | غير متأكد | | غير موافق | | غير موافق بشدة | | | |
| | | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | | |
| ٢٠ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات . | ٣١٢ | ٣٩,٨ | ٤٠٤ | ٥١,٦ | ٤٦ | ٥,٩ | ١٧ | ٢,٢ | ٤ | ٠,٥ | ٤,٢٨ | ٠,٧٢ |
| ٢١ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج . | ٣٠٢ | ٣٨,٦ | ٣٧٦ | ٤٨,٠ | ٨٢ | ١٠,٥ | ٢١ | ٢,٧ | ٢ | ٠,٣ | ٤,٢٢ | ٠,٧٦ |
| ٢٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم | ٣٠٧ | ٣٩,٢ | ٣٥٩ | ٤٥,٨ | ٨٧ | ١١,١ | ٢٦ | ٣,٣ | ٤ | ٠,٥ | ٤,١٩ | ٠,٨٠ |
| ٢٣ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية . | ٢٦٥ | ٣٣,٨ | ٣٨٧ | ٤٩,٤ | ٨٦ | ١١,٠ | ٣٤ | ٤,٣ | ١١ | ١,٤ | ٤,٠٩ | ٠,٨٦ |
| ٢٤ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | ٢٥٣ | ٣٢,٣ | ٣٨٠ | ٤٨,٥ | ١٠٥ | ١٣,٤ | ٣٤ | ٤,٣ | ١١ | ١,٤ | ٤,٠٦ | ٠,٨٧ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة. | ٢١٦ | ٢٧,٦ | ٣٧٤ | ٤٧,٨ | ١٥٨ | ٢٠,٢ | ٢٩ | ٣,٧ | ٦ | ٠,٨ | ٣,٩٨ | ٠,٨٣ |
| ٢٦ | تعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين . | ٢١٨ | ٢٧,٨ | ٣٩١ | ٤٩,٩ | ١٢٠ | ١٥,٣ | ٤٤ | ٥,٦ | ١٠ | ١,٣ | ٣,٩٧ | ٠,٨٨ |
| ٢٧ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ١٩٩ | ٢٥,٤ | ٣٩١ | ٤٩,٩ | ١٦٣ | ٢٠,٨ | ٢١ | ٢,٧ | ٩ | ١,١ | ٣,٩٦ | ٠,٨٢ |
| ٢٨ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص | ١٦٩ | ٢١,٦ | ٤٦٠ | ٥٨.٧ | ١٠٤ | ١٣,٣ | ٤١ | ٥,٢ | ٩ | ١.١ | ٣,٩٤ | ٠,٨١ |
| ٢٩ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص . | ١٧٣ | ٢٢,١ | ٤٤٨ | ٥٧,٢ | ١٠٥ | ١٣,٤ | ٤٥ | ٥,٧ | ١٢ | ١,٥ | ٣,٩٢ | ٠,٨٥ |
| ٣٠ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية ( المستشفيات ) وشركات التأمين الصحي . | ٢١٣ | ٢٧.٢ | ٣٤٣ | ٤٣,٨ | ١٨٤ | ٢٣,٥ | ٣٣ | ٤,٢ | ١٠ | ١,٣ | ٣,٩١ | ٠,٨٩ |
| ٣١ | توفر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات . | ١٨٧ | ٢٣,٩ | ٣٦٦ | ٤٦,٧ | ١٨٠ | ٢٣,٠ | ٣٩ | ٥,٠ | ١١ | ١,٤ | ٣,٨٧ | ٠,٨٨ |
| ٣٢ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي . | ١٧٨ | ٢٢,٧ | ٣٦٧ | ٤٦.٩ | ٢٠٧ | ٢٦,٤ | ٢٢ | ٢,٨ | ٩ | ١,١ | ٣,٨٧ | ٠,٨٣ |
| ٣٣ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين . | ١٦٨ | ٢١,٥ | ٣٥٩ | ٥٤,٨ | ٢٢٠ | ٢٨,١ | ٢٨ | ٣,٦ | ٨ | ١,٠ | ٣,٨٣ | ٠,٨٤ |
| ٣٤ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات | ١٨٠ | ٢٣,٠ | ٣٨٧ | ٤٩,٤ | ١٢٠ | ١٥,٣ | ٧٢ | ٩,٢ | ٢٤ | ٣,١ | ٣,٨٠ | ٠,٩٩ |
| ٣٥ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم . | ١٦٩ | ٢١,٦ | ٤٠٤ | ٥١,٦ | ١٠٢ | ١٣,٠ | ٧٦ | ٩,٧ | ٣٢ | ٤,١ | ٣,٧٦ | ١,٠٢ |
| ٣٦ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم . | ١٥٧ | ٢٠,١ | ٣٣٦ | ٤٢,٩ | ٢٢٨ | ٢٩,١ | ٥٥ | ٧,٠ | ٧ | ٠,٩ | ٣,٧٤ | ٠,٨٩ |
| ٣٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريب | ١٤٤ | ١٨,٤ | ٣٦٧ | ٤٦,٩ | ١٥٩ | ٢٠,٣ | ٨٨ | ١١,٢ | ٢٥ | ٣,٢ | ٣,٦٦ | ٠,١ |
| ٣٨ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم | ٩٦ | ١٢,٣ | ٤٢٨ | ٥٤,٧ | ١٤٥ | ١٨,٥ | ٩٤ | ١٢,٠ | ٢٠ | ٢,٦ | ٣,٦٢ | ٠,٩٤ |
| ٣٩ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي | ١٢٨ | ١٦,٣ | ٣٥٢ | ٤٥,٠ | ١٣٦ | ١٧,٤ | ١١٨ | ١٥,١ | ٤٩ | ٦,٣ | ٣,٥٠ | ١,١٢ |
| | المتوسط | | | | | | | | | | | ٣,٩١٩ | |

ومن الجدول رقم ( ٢٠) نلاحظ أن وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس نحو قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي إيجابية، إذ أن معظم أفراد العينة أجابوا بموافق على فقرات هذا البعد بشكل عام .

وتتراوح نسبة موافقة أفراد عينة الدراسة في هذا البعد ما بين ٨٦% وحتى ٧٢% وهي نسبة عالية بشكل عام .

كما يلاحظ موافقة أفراد عينة الدراسة ( بدرجة فوق المتوسط ) على قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي ، حيث بلغ المتوسط العام لهذا البعد ( ٣,٩١٩) .

من خلال النظر إلى (جدول ٢٠) فإن العبارات التي أجابت عليها نسبة كبيرة ٣٠% فأكثر من أفراد عينة الدراسة بعبارة ( موافق بشدة ) وحصلت على أعلى متوسط حسابي في هذا البعد هي.

١ ) تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات ( المتوسط ٤,٢٨) .

٢ ) إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج ( المتوسط ٤,٢٢) .

٣) الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم (المتوسط ٤,١٩).

٤ ) تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية ( المتوسط ٤,٠٩) .

٥ ) تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية ( المتوسط ٤,٠٦ ) .

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة يعتقدون ومن خلال موافقتهم العالية على العبارات السابقة والتي تمثل مبررات لتقديم خدمات التأمين الصحي الجامعي من خلال شركات التأمين الصحي حيث أن ذلك له تأثير واضح في الحصول على الفوائد والمميزات الصحية التي تسهم في الارتقاء بالتأمين الصحي الجامعي المقدم من خلال شركات التأمين الصحي المتخصصة في تقديم الخدمات الصحية .

وقد أظهر التحليل موافقة أفراد عينة الدراسة بدرجة فوق المتوسط تتراوح بين (٣,٩٨ درجة ) و (٣,٥٠درجة ) على قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي . وذلك للمبررات التالية ذات المتوسط الأعلى:

١ ) قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة .

٢ ) تعزيز روح التكامل الاجتماعي بين المنتفعين .

٣ ) توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي .

٤ ) تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص .

٥ ) استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص .

٦ ) التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات وشركات التأمين الصحي).

٧ ) توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية .

٨ ) توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي .

والنتائج السابقة تتفق مع ما ذكره (الساعاتي، ١٤٢٠هـ، ص١٧٩) (وبرعي، ١٩٨٦م، ص٦٨) من أن التأمين الصحي يحقق الأهداف التالية:

١) توفير أفضل الخدمات الصحية.

٢) تخفيف الضغط على استخدام المرافق الصحية العامة.

٣) تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي.

٤) تطوير القطاع الصحي الخاص واستغلال طاقاتها التشغيلية.

وتتفق أيضا مع بعض نتائج دراسات (صادق، ١٩٩٣م) (ورضوان، ١٩٩٧م) من أن التأمين الصحي يحقق الآتي:

١) مبدأ التضامن الاجتماعي بين المنتفعين من خلال المساهمة المالية في مشروع التأمين الصحي.

٢) المطالبة بإفساح المجال للقطاع الخاص ليتولى المسؤولية تمشيا مع الاتجاه العام نحو الخصخصة أو المناداة بالتكامل والمزج بين الاتجاهين.

٣) ضعف مستوى أداء الجهاز الحكومي في مجال الخدمات الصحية وانخفاض مستوى درجة الرضا العام عنها.

**السؤال الثاني :**

ما وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة مدى موافقة أفراد العينة على قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية ، ويوضح الجدول رقم (٢١) النسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابة أفراد عينة الدراسة وموافقاتهم، وقد جاءت النتائج كما يلي :

# جدول رقم (٢١)

التكرارات والنسب والمتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجة موافقة أفراد عينة الدراسة نحو قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية:

| م | العبارة | مدى الموافقة | | | | | | | | | | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | موافق بشدة | | موافق | | غير متأكد | | غير موافق | | غير موافق بشدة | | | |
| | | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | | |
| ٤٠ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية . | ٢١٦ | ٢٧,٦ | ٤٥٤ | ٥٨,٠ | ٧١ | ٩,١ | ٣٤ | ٤,٣ | ٨ | ١,٠ | ٤,٠٧ | ٠,٧٩ |
| ٤١ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية . | ٢٢١ | ٢٨,٢ | ٤٣٦ | ٥٥,٧ | ٦٧ | ٨,٦ | ٤٧ | ٦,٠ | ١٢ | ١,٥ | ٤,٠٣ | ٠,٨٦ |
| ٤٢ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة . | ٢٢٣ | ٢٨,٥ | ٤١٥ | ٥٣,٠ | ٩٨ | ١٢,٥ | ٣٦ | ٤,٦ | ١١ | ١,٤ | ٤,٠٢٥ | ٠,٨٥ |
| ٤٣ | يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة . | ٢٢٠ | ٢٨,١ | ٤٢٢ | ٥٣,٩ | ٩٥ | ١٢,١ | ٣٢ | ٤,١ | ١٤ | ١,٨ | ٤,٠٢٤ | ٠,٨٥ |
| ٤٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي. | ٢٢٣ | ٢٨,٥ | ٤١١ | ٥٢,٥ | ١٠٢ | ٠,١٣ | ٣٧ | ٤,٧ | ١٠ | ١,٣ | ٤,٠٢ | ٠,٨٥ |
| ٤٥ | يوفر دخل مالي لمساندة الخدمات التعليمية الطبية . | ١٩٥ | ٢٤,٩ | ٤٣٩ | ٥٦,١ | ٩٦ | ١٢,٣ | ٤٥ | ٥,٧ | ٨ | ١,٠ | ٣,٩٨ | ٠,٨٣ |
| ٤٦ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية . | ١٧٩ | ٢٢,٩ | ٤٠٤ | ٥١,٦ | ١٤٠ | ١٧,٩ | ٤٧ | ٦,٠ | ١٣ | ١,٧ | ٣,٨٨ | ٠,٨٩ |
| | المتوسط العام | | | | | | | | | | | ٤,٠٠ | |

أولا : أظهرت نتائج الدراسة أن وجهة نظر معظم أفراد عينة الدراسة إيجابية نحو قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية، حيث أن معظم أفراد الدراسة أجابوا بموافق على فقرات هذا البعد بشكل عام وتتراوح نسبة موافقة أفراد العينة على عبارات هذا البعد ما بين ( ٨١% وحتى ٧٨% ) وهي نسبة عالية بشكل عام .

ثانيا : يوافق معظم أفراد عينة الدراسة ( بدرجة فوق المتوسط على قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية ، حيث بلغ المتوسط العام لهذا البعد ( ٤,٠٠ ) .

ثالثا : نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة أجابوا بعبارة ( موافق بشدة ) وحصلت على أعلى متوسط حسابي وهي أن التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية يحقق الآتي:

١ ) يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية (المتوسط ٤,٠٧) درجة .

٢ ) يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية ( المتوسط ٤,٠٣) درجة .

٣ ) يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة ( المتوسط ٤,٠٢٥) درجة .

٤ ) يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة ( المتوسط ٤,٢٤) .

٥ ) يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي ( المتوسط ٤,٠٢١) درجة .

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة تؤيد قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية.

كما يوافق أفراد عينة الدراسة بدرجة فوق المتوسط ( تتراوح من ( ٣,٩٨ درجة إلى ٣,٨٨ درجة ) على العبارتين التاليتين كمبررين لقيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية

وهذان المبرران هما أن التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية يحقق الأتي:

٦ ) يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية (المتوسط ٣,٩٨) درجة.

٧ ) يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية (المتوسط ٣,٨٨) درجة.

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة ومن خلال موافقتهم العالية على عبارات هذا البعد وحيث أن هذه النتيجة تدل على مدى إدراك واقتناع أفراد العينة بدرجة فوق المتوسط بأهمية الحصول على خدمات التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية لما له من أثر واضح في الارتقاء بالجوانب الصحية والعلمية والإنتاجية في المؤسسات الجامعية ، وللثقة الكبيرة التي تتمتع بها المستشفيات الجامعية من حيث توافر الكوادر الطبية المؤهلة وتوافر الإمكانات المادية والمعدات والأجهزة الطبية الحديثة .

وعند مقارنة نتائج هذه الدراسة نجد أن نتائج هذه الدراسة تتفق مع ما ذكره الساعاتي (١٤٢٠هـ، ص١٧٩) من أن التأمين الصحي يحقق الأهداف التالية:

١) توفير مصدر لتمويل الخدمات الصحية.

٢) ترشيد الإنفاق وتحسين كفاءة الخدمات.

٣) المساهمة في توفير الموارد المالية.

٤) توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة وذات جودة عالية.

كما أن المبررات التي أشار إليها أعضاء هيئة التدريس تتفق مع المبررات التي دفعت ببعض الجامعات في الولايات الأمريكية إلى إتباع نظام التأمين الجامعي من خلال تقديم الخدمات الجامعية لمنسوبيها حيث ورد في سياسة هذه الجامعات مثل جامعة ميشجان (١٩٩٢م) أن من أسباب إيجاد التأمين في الجامعات:

١) مواجهة الأزمات المالية التي تواجه الجامعات.

٢) توفير دعم مالي للخدمات الصحية في الجامعات.

٣) توفير خدمات صحية للحفاظ على صحة منسوبي الجامعات.

**السؤال الثالث :**

ما وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيا م الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة مدى موافقة أفراد الدراسة على قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي والمستشفيات الخاصة .

ويوضح الجدول رقم (٢٢) النسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة وموافقاتهم وقد جاءت النتائج على النحو التالي :

# جدول رقم ( ٢٢ )

التكرارات والنسب والمتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجة موافقة أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي الجامعي .

| م | العبارة | مدى الموافقة | | | | | | | | | | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | موافق بشدة | | موافق | | غير متأكد | | غير موافق | | غير موافق بشدة | | | |
| | | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | | |
| ٤٧ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي . | ٢٨٧ | ٣٦,٧ | ٤٠٠ | ٥١,١ | ٧٤ | ٩,٥ | ١٥ | ١,٩ | ٧ | ٠,٩ | ٤,٢١ | ٠,٥٨ |
| ٤٨ | يوفر الجهد والقوت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي . | ٢٥٧ | ٣٢,٨ | ٤٤٦ | ٥٧,٠ | ٦٢ | ٧,٩ | ١١ | ١,٤ | ٧ | ٠,٩ | ٤,١٩ | ٠,٧١ |
| ٤٩ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | ٢٥٣ | ٣٢,٣ | ٤٤٢ | ٥٦,٤ | ٦٣ | ٨,٠ | ١٩ | ٢,٤ | ٦ | ٠,٨ | ٤,١٧ | ٠,٧٤ |
| ٥٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي . | ٢٢٤ | ٢٨,٦ | ٤٥٤ | ٥٨,٠ | ٧٦ | ٩,٧ | ٢٢ | ٢,٨ | ٧ | ٠,٩ | ٤.١١ | ٠,٧٥ |
| ٥١ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات | ١٩١ | ٢٤,٤ | ٥٠٧ | ٦٤,٨ | ٦٣ | ٨,٠ | ١٩ | ٢,٤ | ٣ | ٠,٤ | ٤,١٠ | ٠,٦٦ |
| ٥٢ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات. | ٢٠٨ | ٢٦,٦ | ٤٥٤ | ٥٨,٠ | ٩٧ | ١٢,٤ | ١٩ | ٢,٤ | ٥ | ٠,٦ | ٤,٠٧ | ٠,٥٤ |
| ٥٣ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي . | ١٩٤ | ٢٤,٨ | ٤٥٤ | ٥٨,٠ | ١٠٥ | ١٣,٤ | ٢٤ | ٣,١ | ٦ | ٠,٨ | ٤,٠٣ | ٠,٧٦ |
| ٥٤ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط . | ١٤٩ | ١٩,٠ | ٤٠٨ | ٥٢,١ | ١٦٩ | ٢١,٦ | ٤٢ | ٥,٤ | ١٥ | ١,٩ | ٣,٨١ | ٠,٨٧ |
| | المتوسط الحسابي العام | | | | | | | | | | | ٤,١٢ | |

أولاً : أظهرت نتائج الدراسة أن وجهة نظر معظم أفراد العينة إيجابية نحو قيام الجامعات بدور الوسيط، حيث أظهرت نتائج التحليل الوصفي:

١) أن معظم أفراد الدراسة أجابوا بموافق على فقرات هذا البعد بشكل عام ، حيث تتراوح نسبة موافقة أفراد العينة على عبارات هذا البعد ما بين (٨٤% و ٧٦% ) وهي نسبة عالية بشكل عام .

٢) يؤيد معظم أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي أو المستشفيات الخاصة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام لهذا البعد ( ٤,١٢) درجة .

٣) أن نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة أجابوا بعبارة ( موافق بشدة ) وحصلت على أعلى متوسط حسابي وبدرجة فوق المتوسط تتراوح من (٤,٢١ وحتى ٤,١٧) درجة على عبارات هذا البعد والتي تؤيد قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها وهي :

أ ) يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عملية سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي .

ب ) يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال .

جـ ) يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها .

٤) يوافق أفراد عينة الدراسة بدرجة فوق المتوسط تتراوح من ( ٤,١١ درجة إلى ٣,٨١ درجة ) على المبررات التالية لقيام الجامعة بدور الوسيط.

أ ) يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين .

ب ) يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات .

جـ ) تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات .

د ) يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي.

هـ ) يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط .

مما يعني أن موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات هذا البعد مثلت نسبة قدرها ٨٢,٤% وهي نتيجة تدل على مدى إدراك واقتناع أفراد العينة على قيام الجامعة بدور

الوسيط في تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات التأمين الصحي أو المستشفيات الخاصة .

والنتائج السابقة تتفق مع ما ورد في الأدبيات من أن دور الوسيط في عملية التأمين يوفر الجهد والوقت ومشقه البحث عن شركات التأمين المناسبة ويجنب المؤمن عليهم الاستشارات والمصاريف الإدارية، ويوضح للمؤمن عليهم احتياجاتهم الفعلية بدون زيادة تكاليف. (تأمين، ٢٠٠٠م) كما تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (العمر والربيعة، ١٩٩٨م) التي أشارت إلى أن المؤسسات التي أجريت عليها الدراسة تفضل أن يقوم القطاع الخاص بتنفيذ برامج التأمين الصحي شريطة أن تشرف الدولة على ذلك.

**السؤال الرابع :**

ما وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجانا مع التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة ؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجانا مع التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة ويوضح الجدول رقم ( ٢٣ ) النسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة وموافقاتهم وقد جاءت النتائج على النحو التالي :

# جدول رقم ( ٢٣ )

**التكرارات والنسب والمتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجة موافقة أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية مجانا لمنسوبيها مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة .**

| م | العبارة | مدى الموافقة | | | | | | | | | | المتوسط | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | موافق بشدة | | موافق | | غير متأكد | | غير موافق | | غير موافق بشدة | | | |
| | | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | ت | % | | |
| ٥٥ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية . | ٣٣٣ | ٤٢,٥ | ٣٢١ | ٤١,٠ | ٦٢ | ٧,٩ | ٥٩ | ٧,٥ | ٨ | ١,٠ | ٤,٢٢ | ٠,٩٣ |
| ٥٦ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان . | ٢٩٧ | ٣٧,٩ | ٣٥٧ | ٤٥,٦ | ٦١ | ٧,٨ | ٥٨ | ٧,٤ | ١٠ | ١,٣ | ٤,١١ | ٠,٩٣ |
| ٥٧ | التأمين الصحي على صحة العيون . | ٢٨٧ | ٣٦,٧ | ٣٧٠ | ٤٧,٣ | ٥٥ | ٧,٠ | ٦٣ | ٨,٠ | ٨ | ١,٠ | ٤,١٠ | ٠,٩٢ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة . | ٣٢٠ | ٤٠,٩ | ٣٠٨ | ٣٩,٣ | ٦٥ | ٨,٣ | ٧٩ | ١٠,١ | ١١ | ١,٤ | ٤,٠٨ | ١,٠١ |
| ٥٩ | التأمين الصحي على حالات الولادة . | ٢٩٦ | ٣٧,٨ | ٣٤١ | ٤٣,٦ | ٦٥ | ٨,٣ | ٧٠ | ٨,٩ | ١١ | ١,٤ | ٤,٠٧ | ٠,٩٧ |
| ٦٠ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد . | ٢٢٢ | ٢٨,٤ | ٣٤٢ | ٤٣,٧ | ١٠٦ | ١٣,٥ | ١٠٢ | ١٣,٠ | ١١ | ١,٤ | ٣,٨٥ | ١,٠٢ |
| ٦١ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي . | ١٤٩ | ١٩,٠ | ٣٤٤ | ٤٣,٩ | ١٧٠ | ٢١,٧ | ١٠٦ | ١٣,٥ | ١٤ | ١,٨ | ٣,٦٥ | ٠,٩٩ |
| ٦٢ | التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية . | ١٣٩ | ١٧,٨ | ٢٧٣ | ٣٤,٩ | ١٨٩ | ٢٤,١ | ١٥٢ | ١٩,٤ | ٣٠ | ٣,٨ | ٣,٤٣ | ١,١٠ |
| ٦٣ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة . | ١٥٤ | ١٩,٧ | ١٧٥ | ٢٢,٣ | ٢٥٢ | ٣٢,٢ | ١٨٣ | ٢٣,٤ | ١٩ | ٢,٤ | ٣,٣٣ | ١,١١ |
| ٦٤ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة . | ١٣٢ | ١٦,٩ | ١٨٠ | ٢٣,٠ | ٢٧١ | ٣٤,٦ | ١٧٠ | ٢١,٧ | ٣٠ | ٣,٨ | ٣,٢٧ | ١.١ |
| ٦٥ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي | ٨١ | ١٠,٣ | ١٦٥ | ٢١,١ | ٣٦٤ | ٤٦,٥ | ١٤٧ | ١٨,٨ | ٢٦ | ٣.٣ | ٣,١٦ | ٩٦ |
| ٦٦ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل ( عمليات التجميل ) . | ٣١ | ٤,٠ | ٤٥ | ٥,٧ | ٢٢٧ | ٢٩,٠ | ٤٢٧ | ٥٤,٥ | ٥٣ | ٦,٨ | ٢,٤٥ | ٠,٨٦ |
| | المتوسط الحسابي العام | | | | | | | | | | | ٣,٦٣ | |

أولاً : إن وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين نحو قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية مجاناً لمنسوبيها واشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة إيجابية. حيث أن معظم أفراد عينة الدراسة أجابوا بموافق على فقرات هذا البعد بشكل عام، وتتراوح نسبة موافقتهم على عبارات هذا البعد ما بين (٨٤% وحتى ٧٣%).

ثانيا : يوافق أفراد عينة الدراسة ( بدرجة فوق المتوسط ) على قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجانا مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة ، حيث بلغ المتوسط العام لهذا البعد ( ٣,٦٤) درجة .

ثالثا : يوافق أفراد عينة الدراسة بدرجة فوق المتوسط تتراوح من ( ٤,٢٢ إلى ٤,٠٧) درجة على الاشتراك في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية التالية :

١ ) التأمين الصحي على العمليات الجراحية .

٢ ) التأمين الصحي على رعاية الأسنان .

٣ ) التأمين الصحي على العيون .

٤ ) التأمين الصحي على الأمراض المزمنة .

٥ ) التأمين الصحي على حالات الولادة .

وتتوافق هذه النتيجة مع نظام جامعة أريزونا (٢٠٠١م) من أن الجامعة توفر لموظفيها فرصة الاختيار بين التغطية الفردية أو التغطية الشاملة للأسرة حسب البرنامج المختار من خلال برامج التأمين الصحي التالية:

١) برنامج تأمين خدمة واحدة.

٢) برنامج تأمين الخدمات الطبية المفضلة.

٣) برنامج تأمين المحافظة على الصحة.

رابعا : لا يوافق معظم أفراد عينة الدراسة وعددهم ( ٤٢٧عضوا ) ونسبتهم (٥٤,٥% ) في الاشتراك في التأمين الصحي لأنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل ( عمليات التجميل) .

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (جاكسون، ١٩٨٨م) والتي تشير إلى أنه لا تقدم البرامج الصحية العامة لموظفي المناطق التعليمية مثل برامج المحافظة على اللياقة البدنية والبرامج الترفيهية والبرامج الخاصة بالتغذية أو تحسين الصحة العامة.

خامسا : تبين لنا من خلال التحليل أن هناك عبارات حصلت على إجابة بعبارة قريبة من درجة عدم التأكد هي:

١ ) التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة ( المتوسط ٣,٣٣ ) .

٢ ) التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة ( المتوسط ٣,٢٧) .

٣ ) التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي ( المتوسط ٣,١٦) .

مما يعني أن موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات هذا البعد والتي مثلت نسبة قدرها ( ٧٣% ) وهي نتيجة تدل على مدى وعي وإدراك أفراد العينة على ( قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية مجانا مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة ، كما أظهرت لنا موافقة أفراد العينة رغبتهم الاشتراك في التأمين الصحي للخدمات الطبية التي يدركون الحاجة الصحية الأساسية لتلك الخدمات الطبية وليست للحاجة الثانوية كما لاحظنا درجة موافقتهم المتدنية جدا على رغبتهم في التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل ( عمليات التجميل ) وهذا يوضح لنا الاختيار الصحيح لأفراد العينة للخدمات الصحية التي يرغبون في تغطية التأمين الصحي لها لإدراكهم الواعي بالحاجة لتلك الخدمات الصحية .

وهذه النتائج تتفق مع أنظمة برامج التأمين الصحي في الجامعات الأمريكية (التأمين الصحي في الجامعات) مثل جامعة (هيوستن Houston) وجامعة (أريزونا Arizona) وجامعة (ستانفورد Stanford) وجامعة (مين Maine) وجامعة (كورنيل Kornell)

والتي تقدم بدائل وخيارات للتامين الصحي لمنسوبيها من خلال شركات تأمين صحي كشركة (بلوكروس Bluecross) وشركة (بلوشيلد Blue Sheld).

وأيضاً تتفق هذه النتائج مع نظام بدائل التأمين الصحي الذي تقدمه جامعة هيوستن (Houston, 1999) والذي يقدم من خلال هذا النظام حرية الاختيار لموظفي الجامعة من بين عدد من خطط وبرامج التأمين الصحي المتنافسة بما يحقق تقديم خدمات صحية شبه مجانية مع تغطية التامين على بعض البرامج الصحية.

ومن خلال النتائج السابقة أظهرت المؤشرات الإحصائية لكل بديل من بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية أن درجة الموافقة كانت فوق المتوسط، وقد جاء ترتيب بدائل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات حسب أعلى متوسط عام على النحو الموضح في الجدول التالي:

**جدول رقم (٣٤)**

**ترتيب بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات بحسب المتوسط العام.**

| م | بدائل التأمين الصحي | المتوسط العام |
|---|---|---|
| ١ | قيام الجامعات بدور الوسيط في تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها. | ٤,١٢ |
| ٢ | قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية. | ٤,٠٠ |
| ٣ | قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي. | ٣,٩١٩ |
| ٤ | قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية مجاناً لمنسوبيها مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة | ٣,٦٣ |

ويتضح من الجدول السابق رقم (٢٤) أن البديل الأول احتل أعلى درجات متوسطات البدائل، حيث يفضل أعضاء هيئة التدريس قيام الجامعات بدور الوسيط في تقديم الخدمات الطبية لهم، وهذه النتيجة تتفق مع نظام التأمين الصحي في جامعة مين (Maine University) وجامعة باستير (Bastyr University) والتي تقدم بدائل التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال قيام الجامعة بدور الوسيط.

وجاء البديل الثاني في الدرجة الثانية حيث يفضل أعضاء هيئة التدريس قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية، وهذه النتيجة تتفق مع نظام التأمين الصحي في جامعة كارولينا الجنوبية (South Carolina University) وجامعة بنسلفانيا (Pennsylvania University) وجامعة نورث وستيرن (Northwestern University).

ثم أتى البديل الثالث كخيار ثالث لأعضاء هيئة التدريس في تلقي خدمات التأمين الصحي من خلال قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التامين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي وهذه النتيجة تتفق مع نظام التأمين الصحي في جامعة أرزيونا (Arizona University)

ويأتي البديل الرابع كخيار آخر لأعضاء هيئة التدريس في تلقي خدمات التأمين الصحي من خلال قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية مجاناً لمنسوبيها مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة وهذه النتيجة تتفق مع نظام التأمين الصحي في جامعة جورجيا (Georgia University) وجامعة تورنتو (Tornto University).

## ثانيا: تحليل التمايز

ومن أجل الوصول إلى تعميمات أكثر دقة وتطوير نموذج أكثر شمولية قام الباحث باستخدام تحليل التمايز الذي يظهر مجموعة المتغيرات التي تميز كل فئة عن بقية الفئات والتي من خلالها يمكن استنباط وتطوير نماذج لسياسة التأمين الصحي الجامعي ومن أجل هذا تجنب الباحث استخدام تحليل التباين وغيره من أساليب التحليل التي تدرس الفروق في كل متغير على حدة والذي يصعب معه تطوير أي نموذج، وقد تم تصنيف العينة حسب وجهة نظر أفراد العينة.

### السؤال الخامس:

هل يوجد اختلاف بين فئات عينة الدراسة بحسب المتغيرات الأولية فيما يتعلق باتجاهاتهم نحو بدائل تمويل التأمين الصحي الجامعي. وما المتغيرات التي تميز كل فئة من فئات عينة الدراسة؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدم تحليل التمايز لمعرفة الفئات المتميزة من أفراد عينة الدراسة كما توضحه الجداول التالية:

**جدول رقم (٣٥)**

**معامل ارتباط دالات التمايز وفقا لمتغير الجامعة**

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,٣٢٤ | ٣٦,٥ | ٣٦,٥ | ٠,٤٩٥ | ٠,٤٤٣ | ٥٩٢,٩٦ | ٤,٦ | صفر |
| ٢ | ٠,١٧٩ | ٢٠,١ | ٥٦,٦ | ٠,٣٩٠ | ٠,٥٨٧ | ٣٨٨,٤١ | ٣٤٢ | ٠,٠٤٢ |
| ٣ | ٠,١٣٠ | ١٤,٦ | ٧١,٢ | ٠,٣٣٩ | ٠.٦٩٢ | ٢٦٨,٤٣ | ٢٨٠ | ٠,٦٨٠ |
| ٤ | ٠,١١٥ | ١٢,٩ | ٨٤,١ | ٠,٣٢١ | ٠,٧٨٢ | ١٧٩,٣١ | ٢٢٠ | ٠,٩٧٩ |
| ٥ | ٠,٠٦٩ | ٧,٨ | ٩١,٩ | ٠,٤٥٤ | ٠,٨٧٢ | ١٠٠,٢٥ | ١٦٢ | ١,٠٠٠ |
| ٦ | ٠,٠٤٣ | ٤,٨ | ٩٦,٧ | ٠,٢٠٢ | ٠,٩٣٢ | ٥١,٥٧ | ١٠٦ | ١,٠٠٠ |
| ٧ | ٠,٠٣٠ | ٣.٣ | %١٠٠ | ٠,١٦٩ | ٠,٩٧١ | ٢١,٢٢ | ٥٢ | ١,٠٠٠ |

الجدول رقم (٢٥) يوضح لنا نتائج تحليل التمايز لتصنيف المجموعات والـذي يظـهر منه أن هناك سبع دالات تمايز تفسر ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعـات وتفسـر دالة التمايز الأولى ٣٦,٥% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٣٢٤ وهي دالة إحصائيـاً حيث كانت كا٢ ٥٩٢,٩٦ أما دالة التمايز الثانية فتفسـر ٢٠,١ مـن التبـاين وبلغـت جذورهـا الكامنة ٠,١٧٩ وهي دالة إحصائياً حيث كـانت كـا٢ ٣٨٨,٤١ وتفسر دالـة التمـايز الثالثـة ١٤,٦ ومن التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٣٠ وهي غير دالة إحصائياً، بينما تفسر دالة التمـايز الرابعـة ١٢,٩ مـن التبـاين وبلغت جذورهـا الكامنـة ٠,١١٥، وتفسـر دالـة التمــايز الخامسة ٧,٨ من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٠٦٩ وكذلك دالة التمايز السادسة تفسر ما نسبته ٤,٨ من التباين وجذورها الكامنة بلغت ٠,٠٤٣ بينما تفسـر دالـة التمـايز السـابعة ٣.٣% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٠٣٠ ودالة التمايز الثالثة والرابعة والخامسـة والسادسة والسابعة غـير دالـة إحصائياً ومـن هـذا يظـهر أن المتغيرات المتعلقـة باتجاهـات أعضاء هيئة التدريس يمكن أن تصنف إلى سبع مجموعات كل مجموعة تتألف من عـدد مـن المتغيرات، كما يوضحه الجدول التالي رقم (٢٦).

## جدول رقم (١/٣٦)

## مصفوفة تصنيف المتغيرات حسب الجامعات والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبـــــارة | قيم دالات التمايز ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | حجم استفادتك انت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية | *٠,٥٧٥ | ٠,٠٨٩ | ٠,٢٥٢ | ٠,١٥٧ | ٠,٠٥٧ | ٠,٠٦٩ | ٠,١٨٠ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية | *٠,٣٨٠ | ٠,٩٩ | ٠,٢٨١ | ٠,٢١٢ | ٠,١٧٠ | ٠,٠٠٦ | ٠,٠٠٧ |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي | *٠,٢٤٥ | ٠,٣٤ | ٠,١٠٧ | ٠,١٢٠ | ٠,٠٧٤ | ٠,١٢٨ | ٠,١٤١ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في التأمين الصحي على منسوبيها | *٠,٢٢٩ | ٠,٠٣٤ | ٠,٢٢١ | ٠,٠١١ | ٠,٠٧١ | ٠,٠١٢ | ٠,٠٣٤ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص | *٠,٢١٠ | ٠,٠٠٣ | ٠,١٢٢ | ٠,١٨٦ | ٠,١١١ | ٠,١٩٧ | ٠,٠٤٧ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لأختيار الطبيب المعالج | *٠,١٨٦ | ٠,١٨٣ | ٠,١١٣ | ٠,١١٤ | ٠,١٠٢ | ٠,١٥٠ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي | *٠,١٧١ | ٠,١٨٣ | ٠,٠١١ | ٠,١٣٢ | ٠,٠١٩ | ٠,١٠٣ | ٠,٠١٧ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للإتصال بشركات التأمين الصحي | *٠,١٥٢ | ٠,٠٤٣ | ٠,٠٧٦ | ٠,٠٣٤ | ٠,٠٥٥ | ٠,٠٦٩ | ٠,٥٩ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص | *٠,١٢٧ | ٠,٠٤٢ | ٠,١١٤ | ٠,٠٨٩ | ٠,٠٣٥ | ٠,٠٤٢ | ٠,١٠٥ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة | ٠,٠٥٣ | *٠,٣٨٨ | ٠,٠٢٠ | ٠,٠٨٤ | ٠,١١٠ | ٠,٢١٣ | ٠,٠٤٠ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة | ١٠٦ | *٠,٣٨١ | ٠,١٤٦ | ٠,٠٧٩ | ٠,٠٧١ | ٠,٢٧٩ | ٠,٠٠١ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي | ٠,٠٥٧ | *٠,٣٥٠ | ٠,١٧٧ | ٠,٠٥٦ | ٠,٠٠٧ | ٠,١٧١ | ٠,٠٨٧ |
| ١٦ | تقليص حجم الانفاق الطبي الجامعي | ٠,٠٩٢ | *٠,٣٣٩ | ٠,٠٥٤ | ٠,١١٨ | ٠,٠٦٢ | ٠,١٠٦ | ٠,٠٩١ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع اضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل) | ٠,٠١٤ | *٠,٣١٥ | ٠,٠٣٦ | ٠,٠٩٢ | ٠,٠٧٥ | ٠,١٨٩ | ٠,١٣٧ |
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية | ٠,٠٠٣ | *٠,٢٩٨ | ٠,٠٥٦ | ٠,٠٤٩ | ٠,٠٥١ | ٠,٤٤ | ٠,٠٧٩ |

## جدول رقم (٣/٣٦)

## مصفوفة تصنيف المتغيرات حسب الجامعات والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبـــــارة | قيم دالات التمايز | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات | ٠,٠٠٠ | *٠,٢٥٦ | ٠,١٤٠ | ٠,٠١٤ | ٠,١٢٧ | ٠,٠٧٩ | ٠,٠٠٧ |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد | ٠,٠٢٩ | *٠,٢١٥ | ٠,٠٤٢ | ٠,٠٥٣ | ٠,٠٢٢ | ٠,١١٢ | ٠,١٥٣ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية | ٠,١٣١ | *٠,٢١٤ | ٠,٠٣٨ | ٠,٠٢١ | ٠,٠٦٠ | ٠,٠١٠ | ٠,٠٤٠ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي | ٠,١٣٩ | *٠,١٨٦ | ٠,٠٨٤ | ٠,١٤٠ | ٠,٠٠٤ | ٠,١٠٨ | ٠,٠٨٠ |
| ٩ | المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد معه أفراد اسرته | ٠,٤٩ | *٠,١٣٨ | ٠,١٣٤ | ٠,٠٧٧ | ٠,١٠٩ | ٠,٠٨٠ | ٠,٠٣٧ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي | ٠,٢٠٠ | ٠,٠٧٠ | *٠,٣٢٤ | ٠,٠٥٦ | ٠,٠٣٢ | ٠,١٩٩ | ٠,٠٦٠ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها | ٠,١٢٩ | ٠,٠٢٥ | *٠,٢١٠ | ٠,١٧٩ | ١,٠٣٧ | ٠,٠٧٤ | ٠,٠٥١ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون | ٠,١٠٤ | ٠,٠٣٩ | *٠,١٤٦ | ٠,١٣٤ | ٠,٠٦٥ | ٠,١١٦ | ٠,٠٩٤ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم | ٠,٠١٠ | ٠,٠٠٣ | ٠,٠٢٥ | *٠,٣٨٩ | ٠,١٤٤ | ٠,٠٦٧ | ٠,٠٦٤ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ٠,٠٥٨ | ٠,١٢٨ | ٠,٠١٣ | *٠,٣١٦ | ٠,١٢٠ | ٠,١٧٦ | ٠,٠٦٣ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة المعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ٠,٠٦١ | ٠,١٥٠ | ٠,٠٣٥ | *٠,٣٠٥ | ٠,٠١٥ | ٠,١٩٤ | ٠,٠٨٧ |
| ٢٦ | توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية | ٠,٠٨٦ | ٠,٠٤٧ | ٠,٠١٠ | *٠,٣٠٠ | ٠,٠٧٦ | ٠,٠٣٥ | ٠,١٣٦ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ٠,٠٤١ | ٠,٠٥٩ | ٠,٠٢٣ | *٠,٢٧٠ | ٠,١٦٨ | ٠,٠٢٣ | ٠,٨٥ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات | ٠,٠٣٨ | ٠,٠٠٧ | ٠,٢١٤ | *٠,٢٣٦ | ٠,٠١٢ | ٠,١٢٦ | ٠,١٢٢ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي | ٠,٠٥٧ | ٠,٠٨٦ | ٠,٠١٢ | *٠,٢١٠ | ٠,١٢٤ | ٠,٠٠٣ | ٠,١١٢ |

## جدول رقم (٣/٣٦)

## مصفوفة تصنيف المتغيرات حسب الجامعات والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبـــــارة | قيم دالات التمايز | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي | ٠,٠٣٣ | ٠,٠٢٩ | ٠,١٣٨ | *٠,١٧٨ | ٠,٠٠٧ | ٠,٠٢٠ | ٠,١٣١ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات وشركات التأمين الصحي) | ٠,١٢٩ | ٠,٠٣٤ | ٠,٠٦٧ | *٠,١٦٧ | ٠,٠٠٧ | ٠,١٣٩ | ٠,٠٥٢ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي | ٠,٠٧٣ | ٠,٠٥٤ | ٠,٠٦٠ | *٠,١٦٠ | ٠,٠٤٧ | ٠,١١٣ | ٠,١١١ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي | ٠,١٢٧ | ٠,٠٤١ | ٠,٠٧٣ | *٠,١٤٢ | ٠,١٢٥ | ٠,١٤٠ | ٠,٠٢٤ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الامراض المزمنة | ٠,٠٧٩ | ٠,٠١٦ | ٠,٠٤٦ | *٠,١٣٢ | ٠,٠١١ | ٠,١١١ | ٠,١١٠ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها | ٠,١٩ | ٠,٠٨٦ | ٠,٠٧١ | *٠,١٩٣ | ٠,٠٢١ | ٠,٠٥٥ | ٠,٠٠٨ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة | ٠,١١٩ | ٠,٠٠٠ | ٠,١٧٠ | ٠,٠٨٧ | *٠,٣٦٧ | ٠,٠٩١ | ٠,٠٨٩ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية | ٠,٠٧٠ | ٠,٠٧٩ | ٠,٠٢١ | ٠,٠٥١ | *٠,٣٥٧ | ٠,١٠٠ | ٠,٠٩٧ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية | ٠,٠٤٩ | ٠,٠٠٤ | ٠,٠٢٠ | ٠,٠٢٧ | *٠,٣٤٤ | ٠,١٤٨ | ٠,٠٧٩ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي | ٠,٠٢٩ | ٠,٠٧١ | ٠,١٠٧ | ٠,٠٧٠ | *٠,٣٣٨ | ٠,٠٣٢ | ٠,١٢٠ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية | ٠,٠٦٥ | ٠,٠٣٣ | ٠,٠١١ | ٠,٠٤١ | *٠,٣٣٤ | ٠,١٣٦ | ٠,٠٦١ |
| ٣٦ | يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية | ٠,٠٦٧ | ٠,٠١٦ | ٠,٠١٨ | ٠,٠٨٦ | *٠,٣٢٦ | ٠,١٥٤ | ٠,١٢١ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم | ٠,٠٧٥ | ٠,٠٥٩ | ٠,٠٤٦ | ٠,١٣٣ | *٠,٣٢٤ | ٠,٠٣٠ | ٠,١٧٧ |
| ٢٤ | تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين | ٠,٢٢٠ | ٠,٠٣٨ | ٠,٠٠٤ | ٠,٠٩٩ | *٠,٣٠٨ | ٠,١١٦ | ٠,١٧٣ |
| ٣٨ | يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة | ٠,٠٩٨ | ٠,٠٢٥ | ٠,٠٦٥ | ٠,٠١٠ | *٠,٢٨٠ | ٠,٠٨٠ | ٠,٠٩٥ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية | ٠,١٠٨ | ٠,٠١١ | ٠,١٠٣ | ٠,١٤٩ | *٠,٢٧٠ | ٠,١٣٥ | ٠,١٧٣ |

## جدول رقم (٤/٣٦)

## مصفوفة تصنيف المتغيرات حسب الجامعات

## والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبـــــارة | قيم دالات التمايز | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٢٢ | تخفيف الانفاق الفردي على الخدمات الطبية | ٠,٠٦٦ | ٠,٠٧٥ | ٠,٠٧٨ | ٠,٠٤٥ | ٠,٢٤٥* | ٠,١٧٤ | ٠,٠٤٣ |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم | ٠,١٣٨ | ٠,٠٤٠ | ٠,٠١٢ | ٠,٠٣٠ | ٠,٢١١* | ٠,٠٧٧ | ٠,٠٥٨ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة | ٠,٠٥٧ | ٠,١٠٢ | ٠,١٤٤ | ٠,١٨٤ | ٠,١٩٠* | ٠,١٦٤ | ٠,٠٣٠ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية | ٠,٠١١ | ٠,١٧٣ | ٠,١٤٨ | ٠,٠٣٥ | ٠,٠١٣ | ٠,٢٠١* | ٠,٠٠٨ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم | ٠,٠٣٦ | ٠,١٢٥ | ٠,٠٨٧ | ٠,٠٨٠ | ٠,٠٥٤ | ٠,١٩٤* | ٠,٠٠٣ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالامكانات المادية والبشرية بالجامعات | ٠,٠١٩ | ٠,١٠٨ | ٠,١١٩ | ٠,٠٩٦ | ٠,١١٨ | ٠,١٨٣* | ٠,١٥٢ |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله | ٠,٠١٣ | ٠,٠٩٥ | ٠,٠١٥ | ٠,١٠١ | ٠,٠٧١ | ٠,١٦٢* | ٠,٠٥٣ |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان | ٠,١٠٩ | ٠,١٣٦ | ٠,١٢٣ | ٠,١٢٠ | ٠,٠٠٣ | ٠,١١٥ | ٠,٣٠٧* |
| ٥٥ | التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية | ٠,٠٢٥ | ٠,٢٧٣ | ٠,٠٢٠ | ٠,١٥٠ | ٠,٠٣٥ | ٠,٠٢٢ | ٠,٢٩٨* |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات | ٠,١٣٦ | ٠,٠٧٨ | ٠,٠٢٦ | ٠,٠١٩ | ٠,١٩١ | ٠,٠٣٩ | ٠,٢٩١* |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط | ٠,٠٠٤ | ٠,٦٤٦ | ٠,١٧٠ | ٠,١٦٣ | ٠,١٧٤ | ٠,١٩٢ | ٠,٢٣٨* |
| ٥٢ | التأمين على حالات الولادة | ٠,٠٦٤ | ٠,٠٥٥ | ٠,٠٥٠ | ٠,١١٧ | ٠,٠٣٨ | ٠,٠٣٤ | ٠,٢١٠* |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

وكما يتضح من الجدول رقم (٢٦) فإن المتغيرات التي تتألف منها دالة التمايز الأولى هي العبارات ذات الأرقام التالية:

(١،٢،٥،١١،١٨،٢٣،٣،٤٣،١٩)

وتتألف دالة التمايز الثانية من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٥٦،٥٨،٥٧،١٦،٥٤،٤،١٥،٤٨،٤٧،٤٥،٩).

بينما تتألف دالة التمايز الثالثة من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٨،٤٤،٥١) ويندرج تحت دالة التمايز الرابعة العبارات ذات الأرقام التالية (٢٧،٢٩، ٣٠، ٢٦، ٢٨، ٣٩، ٤٠، ٥٣، ٣١،٤٢، ١٠،٤٩،٦). أما دالة التمايز الخامسة فتتألف من العبارات ذات الأرقام التالية (٣٧،٣٣،٣٥،٣٤،٣٢ ،٣٦،١٢،٢٤،٣٨،٢٠، ٢٢،١٤،٢٥).

وتضم دالة التمايز السادسة العبارات ذات الأرقام التالية (١٧،١٣،٤٦،٧) أما دالة التمايز السابعة والأخيرة فتضم العبارات ذات الأرقام التالية (٥٠،٥٥،٢١،٤١،٥٢) انظر الجدول رقم (٢٦).

## جدول رقم (٣٧)

## نتائج تصنيف إنتماء المجموعات إلى بعضها بحسب الجامعة

| الرقم | الجامعة | الإنتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أم القرى | | الملك سعود | | الملك فيصل | | الملك فهد | | الملك عبدالعزيز | | الملك خالد | | الاسلامية | | الامام محمد بن سعود | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % |
| ١ | أم القرى | ١٩ | ١٩,٨ | *٣٤ | *٣٥,٤ | ٢ | ٢,١ | ١٢ | ١٢,٥ | ١١ | ١١,٥ | ١ | ١,٠ | ١١ | ١١,٥ | ٦ | ٦,٣ |
| ٢ | الملك سعود | ١٢ | ٧,٣ | *١٠٤ | *٦٣,٠ | ٩ | ٥.٥ | ٢ | ١,٢ | ٢٠ | ١٢,١ | ٤ | ٢,٤ | ٤ | ٢,٤ | ١٠ | ٦,١ |
| ٣ | الملك فيصل | ٣ | ٤,٢ | ١٩ | ٢٦,٨ | *٢٥ | *٣٥,٢ | ٨ | ١١,٣ | ٧ | ٩.٩ | ٠ | ٠ | ٤ | ٥,٦ | ٥ | ٧,٠ |
| ٤ | الملك فهد | ٥ | ٧,٥ | ١١ | ١٦,٤ | ١٠ | ١٤,٩ | ٢٠ | *٢٩,٩ | ١٠ | ١٤,٩ | ٢ | ٣,٠ | ٥ | ٧,٥ | ٤ | ٦,٠ |
| ٥ | الملك عبدالعزيز | ٥ | ٣,٨ | ٣٥ | ٢٦,٥ | ٨ | ٦,١ | ٤ | ٣,٠ | *٥٧ | *٤٣,٢ | ٩ | ٦,٨ | ٥ | ٣,٨ | ٩ | ٦,٨ |
| ٦ | الملك خالد | ١ | ١,٤ | ١٢ | ١٧,٤ | ٢ | ٢,٩ | ٢ | ٢,٩ | ١١ | ١٥,٩ | *٢٨ | *٤٠,٦ | ٢ | ٢,٩ | ١١ | ١٥,٩ |
| ٧ | الإسلامية | ٧ | ١٠,٨ | ٩ | ١٣,٨ | ٢ | ٣,١ | ١ | ١,٥ | ١٢ | ١٨,٥ | ٢ | ٣,١ | *١٩ | *٢٩,٢ | ١٣ | ٢٠,٠ |
| ٨ | الإمام محمد بن سعود | ٦ | ٦,١ | ١٦ | ١٦,٣ | ٥ | ٥,١ | ٥ | ٥,١ | ٧ | ٧,١ | ٥ | ٣,١ | ٩ | ٩,٢ | *٤٥ | *٤٥,٩ |

كما يظهر من تحليل التمايز فإن تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها كان على النحو التالي:

١) أن ثلاث جامعات هي جامعة أم القرى وجامعة الملك فهد للبترول والجامعة الإسلامية لا تمثل جامعات مميزة حيث أن نسبة من ينتمون لنفس المجموعة أقل من ٣٠%.

٢) ٦٣% من أفراد عينة الدراسة من منسوبي جامعة الملك سعود ينتمون إلى نفس المجموعة وبهذا تشكل جامعة الملك سعود مجموعة متميزة.

٣) ٤٥,٩ من أفراد عينة الدراسة من منسوبي جامعة الإمام محمد بن سعود ينتمون إلى نفس المجموعة وهذا مؤشر على كونها جامعة متميزة بأتجاهات أعضاء هيئة التدريس فيها

٤) ٤٣,٢% من أفراد عينة الدراسة من منسوبي جامعة الملك عبدالعزيز ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.

٥) ٤٠,٦% من أفراد عينة الدراسة من منسوبي جامعة الملك خالد ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.

٦) ٣٥,٢% من أفراد عينة الدراسة من منسوبي جامعة الملك فيصل ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.

ومما سبق يتضح لنا أن كل جامعة تمثل فئة مميزة ما عدا جامعة أم القرى والجامعة الإسلامية وجامعة الملك فهد للبترول.

**جدول رقم (٢٨)**

**دالات التمايز حول مركز المجتمع**

| م | الجامعة | دالات التمايز | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ١ | أم القرى | ٠,١٣١ | *٩,٦٥٠ | ٠,٣٨٥ | ٠,٧٢٩ | *٦,٣٩ | *-٨,٠ | ٠,١٥٢ |
| ٢ | الملك سعود | ٠,٦٧٩ | ٠,٤٣٩ | ٠,٢٤٧ | *١,٥ | ٠,١٣٧ | *٧,٦٢ | *-٧,٨ |
| ٣ | الملك فيصل | ٠,٥٢١ | ٠,٧٨٣ | *٨,٥١٩ | ٠,٣٠٣ | ٠,١٩٦ | *٧,٨٠ | ٠,٣٣٦ |
| ٤ | الملك فهد | ٠,٢٣٧ | ٠,٨٤٢ | ٠,٢٠٦ | ٠,١١٠ | *-٤,٣ | *-٩,٢ | ٠,٤٠٣ |
| ٥ | الملك عبدالعزيز | *١,٧٢ | ٠,١٨٩ | ٠,٣٢٨ | ٠,٤١٣ | ٠,٣٧٧ | *-٧,٨ | *١,٣ |
| ٦ | الملك خالد | ٠,٩٨٩ | ٠,٢٥٠ | ٠,٤٧٩ | ٠,٢٠٠ | ٠,٥٢٥ | ٠,١٤٠ | *-٢,٣ |
| ٧ | الإسلامية | ٠,٧١٥ | ٠,١٩٠ | ٠,٤٠٥ | ٠,٢٠٦ | ٠,٣٥٠ | ٠,٤٨٠ | *-٢,٥ |
| ٨ | الإمام محمد ابن سعود | ٠,٦٦٣ | *٤,٥٧٩ | ٠,٥٥١ | *١,٧٠ | *-٣,١ | ٠,٣٥٥ | *٣,٠٢ |

بالنظر إلى الجدول رقم (٢٨) ومن خلال تحليل دوال التمايز حول مركز المجموعة يظهر أن جامعة أم القرى تقع إيجاباً عند نقطة ٩,٦٥ وعند نقطة ٦,٣٩ بالنسبة لدالتي التمايز الثانية والخامسة، بينما تقع سلباً عند نقطة ٨,٠ بالنسبة لدالة التمايز السادسة. أما

موقعها في بقية دوال التمايز فهي قريبة من المركز (Centroids) مما يعني أن من الدوال التي تميز جامعة أم القرى دالة التمايز الثانية وهي التي تركز معظم متغيراتها على مميزات التأمين الصحي على الخدمات الطبية المتقدمة مثل:

- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة.
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- التأمين الصحي على أنواع اضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل).
- التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية.

كما أن جامعة أم القرى تتميز بدالة التمايز الخامسة والتي تتعلق أيضاً بمميزات التأمين الصحي المالية واعتباره مصدر تمويل للخدمات الطبية الجامعية من خلال العبارات التالية حيث أن التأمين الصحي يحقق الآتي:

- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية.
- يوفر سيولة لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية.
- يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.
- الحصول عن خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم.

- تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية.
- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم

ومما سبق يظهر أن منسوبي جامعة أم القرى ينظرون للتأمين الصحي من زاوية منافعه وعوائده المالية على الجامعة وتوفير الخدمات الطبية الكمالية.

وعلى العكس مما سبق فجامعة أم القرى تتميز سلباً بما يتعلق بدالة التمايز السادسة وعباراتها التالية:

- إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية.
- الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم.
- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات.
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.

وعلى العكس من جامعة أم القرى فيما يتعلق بدالة التمايز السادسة جامعتا الملك سعود والملك فيصل اللتان تقعان عند نقطة ٧,٦ و ٧,٨ على التوالي فيما يتعلق بدالة التمايز السادسة حيث يرى منسوبو الجامعتين أن للتأمين الصحي أثراً إيجابياً على الخدمات التعليمية والتدريبية للجامعة واستفادة منسوبي الجامعة من خدمات التأمين الصحي.

أما ما يميز جامعة الملك فيصل أيضاً، وقوعها إيجاباً عند نقطة ٨,٥ بالنسبة لدالة التمايز الثالثة والتي تتكون من العبارات التالية:

- الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي.
- يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها.
- التأمين الصحي على صحة العيون.

وهذه العبارات تشكل دالة تمايز تتميز بها جامعة الملك فيصل عن غيرها، ومنها يظهر أن جامعة الملك فيصل تهتم بجانب متابعة تقديم الخدمات الطبية لمنسوبيها من قبل الجامعة.

أما جامعة الملك سعود فتقع سلباً عند نقطة ٧,٨ فيما يتعلق بدالة التمايز السابعة والتي تتعلق بالعبارات التالية:

- التأمين الصحي على رعاية الاسنان.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية.
- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات.
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.
- التأمين على حالات الولادة.

حيث أن منسوبي جامعة الملك سعود وفي ظل تمتعهم بالخدمات الطبية الجامعية من خلال المستشفى الجامعي لا يؤيدون التأمين الصحي على هذه البرامج الطبية ويقفون سلبا من هذه الخصائص.

ومما يميز جامعة الملك فهد وقوعها سلبا عند نقطة ٤,٣ و ٩,٢ بالنسبة لدالتي التمايز الخامسة والسادسة، حيث يقف منسوبو الجامعة سلبا من مكونات دالتي التمايز السابقتين وتتعلق دالة التمايز الخامسة بالعبارات التالية:

- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية.
- يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية.
- الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم.
- تعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين.

- يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.
- تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية.
- تخفيف الانفاق الفردي على الخدمات الطبية.
- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم.
- قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة.

**بينما تتعلق دالة التمايز السادسة بالعبارات التالية:**

- إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية.
- الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم.
- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات.
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.

وفيما يتعلق بهاتين الدالتين نجد أن منسوبي جامعة الملك فهد يقفون سلبا من هذه المميزات ويوافقهم فيما يتعلق بدالة التمايز السادسة منسوبو جامعة الملك عبدالعزيز حيث تقع عند نقطة ٧,٨ سلبا.

وتتميز جامعة الملك عبدالعزيز بوقوعها إيجابا عند نقطة ١,٧٢ بالنسبة لدالة التمايز الأولى ونقطة ١,٣ بالنسبة لدالة التمايز السابعة.

حيث تتعلق دالة التمايز الأولى بالعبارات التالية عن الخلفية في مجال التأمين الصحي:

- حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية.
- مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات الجامعية.
- خبرتك في التعامل مع نظام التامين الصحي.
- السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في التأمين الصحي على منسوبيها.
- استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص.

- إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج.
- هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي؟

## أما فيما يتعلق بدالة التمايز السابعة فتضم العبارات التالية:

- التأمين الصحي على رعاية الأسنان.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية.
- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات.
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.
- التأمين الصحي على حالات الولادة.

نلاحظ أن منسوبي جامعة الملك عبدالعزيز يقفون إيجاباً من هذه الخصائص مما يعني أنهم يؤيدونها ويوافقون عليها فهم يوافقون على الخدمات الطبية الجامعية وأيضاً يوافقون على التأمين الصحي على بعض البرامج الطبية التي لا تتوافر في المستشفيات الجامعية بجودة تخصصية كما أشارت العبارات الدالة السابقة.

أما جامعة الملك خالد والجامعة الإسلامية فيميزهما وقوعهما سلباً عند نقطة ٢,٣ و٢,٥ على التوالي فيما يتعلق بدالة التمايز السابعة والتي تتعلق بالعبارات التالية:

- التأمين الصحي على رعاية الأسنان.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية.
- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات.
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.
- التأمين الصحي على حالات الولادة.

حيث أن منسوبي الجامعتين يقفون سلبا من هذه البرامج مما يعني انهم لا يؤيدونها ويسعون إلى إيجاد خدمات طبية جامعية في مستوى الخدمات المقدمة في جامعة الملك سعود

والملك عبدالعزيز والملك فيصل من خلال المستشفيات الجامعية ومن خلال التأمين الصحي الجامعي.

أما جامعة الإمام محمد بن سعود فهي على النقيض من جامعة الملك خالد والجامعة الإسلامية وجامعة الملك سعود، حيث تقع جامعة الإمام محمد بن سعود إيجابا عند نقطة ٣,٠٢ بالنسبة لدالة التمايز السابعة، وتتوافق جامعة الإمام محمد بن سعود مع جامعة الملك فهد سلبا فيما يتعلق بدالة التمايز الخامسة عند نقطة ٣,١ وتقترب إيجابا من جامعة أم القرى فيما يتعلق بدالة التمايز الثانية والتي تركز متغيراتها على برامج التأمين الكمالية المثالية حيث تقع عند نقطة ٤,٥٧ إيجابا والمتمثلة في:

- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة.
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل).
- التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية.

والنتائج السابقة تنسجم مع ما ذكره (بوكيمير، ١٩٩٦م) من أن إتجاهات المؤمن عليهم تنقسم إلى قسمين فئة تؤكد أهمية المنفعة الصحية وفئة تؤكد أهمية البرامج الصحية.

حيث نلاحظ في هذه الدراسة أهمية المنفعة والبرامج الصحية لدى منسوبي جامعة أم القرى وجامعة الملك عبدالعزيز أما جامعة الملك سعود والجامعة الإسلامية فيؤكد منسوبوها أهمية البرامج الصحية.

الجدول التالي رقم ( ٢٩ ) يوضح وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس الإيجابية والسلبية نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية، والتي تتمثل في البدائل التالية:

١) التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي.

٢) التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية.

٣) التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط.

٤) التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية.

**جدول رقم (٢٩)**

**وجهة النظر الإيجابية والسلبية (الحاصلة على نقطة فأكثر) حول دالة التمايز**

| اسم الجامعة | التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي | التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية | التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط | التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع تقديم الجامعات للخدمات الصحية الأولية |
|---|---|---|---|---|
| أم القرى | سالب | موجب | سالب | موجب |
| الملك سعود | موجب | موجب | موجب | سالب |
| الملك فيصل | موجب | موجب | موجب | سالب |
| الملك فهد | سالب | موجب | سالب | موجب |
| الملك عبدالعزيز | سالب | موجب | موجب | موجب |
| الملك خالد | سالب | موجب | موجب | سالب |
| الاسلامية | سالب | موجب | موجب | سالب |
| محمد بن سعود | سالب | موجب | موجب | موجب |

من خلال الجدول رقم (٢٩) يتضح وجهة النظر الايجابية والسلبية لأعضاء هيئة التدريس بالجامعات السعودية نحو بدائل التأمين الصحي وكانت كالتالي:

١) تشير النتائج أن وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة أم القرى إيجابية نحو التامين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية وبدرجة عالية كخيار أولي للحصول على الخدمات الصحية، واتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط وأيضاً نحو التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي، أما التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع تقديم الجامعة للخدمات الصحية الأولية فهو يأتي كخيار ثانٍ من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة أم القرى لتلقي الخدمات الصحية.

٢) تشير النتائج إلى أن وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود إيجابية نحو التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط وبدرجة عالية كخيار أولي لتلقي الخدمات الصحية، واتجاهات إيجابية نحو التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي كخيار ثان، واتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع تقديم الجامعة للخدمات الصحية الأولية.

٣) تشير النتائج إلى أن وجهات النظر إيجابية بدرجات متتالية لمنسوبي جامعة الملك فيصل نحو التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية بدرجة عالية وهو الخيار الأول لتلقي الخدمات الصحية من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك فيصل، أما التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط فهو الخيار الثاني، أما التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي فهو الخيار الثالث للحصول على الخدمات الصحية.

٤) كانت وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك فهد إيجابية نحو التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع قيام الجامعة بتقديم الخدمات الصحية الأولية كخيار أولي لتلقي الخدمات الصحية، واتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي وأيضا اتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط في تقديم الخدمات الصحية لمنسوبيها.

٥) تشير النتائج إلى أن هناك وجهة نظر إيجابية لأعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك عبدالعزيز نحو التامين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية كخيار أول لتلقي الخدمات الصحية واتجاهات موجبة نحو التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع قيام الجامعة بتقديم الخدمات الصحية الأولية كخيار ثانٍ، واتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي.

٦) جامعة الملك خالد أظهرت النتائج أن وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس ايجابية نحو التامين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية كخيار أول للحصول على الخدمات

الطبية واتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع قيام الجامعة بتقديم الخدمات الصحية الأولية.

٧) كانت وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس بالجامعة الإسلامية نحو التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية إيجابية كخيار أول للحصول على الخدمات الطبية، واتجاهات سلبية للتأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع قيام الجامعة بتقديم الخدمات الصحية الأولية.

٨) أظهرت النتائج أن هناك وجهة نظر إيجابية لأعضاء هيئة التدريس بجامعة الإمام محمد بن سعود نحو التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة مع قيام الجامعة بتقديم الخدمات الصحية الأولية كخيار أولي للحصول على الخدمات الصحية، وأيضا وجهات نظر إيجابية نحو التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية كخيار ثان، واتجاهات سلبية نحو التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي.

## جدول رقم (٣٠)

## معامل ارتباط دالات التمايز وفقاً لمتغير المرتبة العلمية

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,١٨١ | ٥٠,٨ | ٥٠,٨ | ٠,٣٩١ | ٠,٧٢١ | ٢٣٩,٣٨٧ | ١١٦ | صفر |
| ٢ | ٠,١٧٥ | ٤٩,٢ | %١٠٠ | ٠,٣٨٦ | ٠,٨٥١ | ١١٧,٩٦٦ | ٥٧ | صفر |

الجدول رقم (٣٠) يوضح لنا تحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب متغير المرتبة العلمية أن هناك دالتي تمايز تفسران ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعات.

- دالة التمايز الأولى تفسر ٥٠,٨% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٨١، وهي دالة إحصائيا حيث كانت كا٢ كانت ٢٣٩,٣٨٧.

بينما تفسر دالة التمايز الثانية ٤٩,٢% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٧٥ وهي دالة إحصائياً حيث كانت كا٢ كانت ١١٧,٩٦٦.

وقد كانت دالتا التمايز دالة عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠٥

# (جدول رقم ١/٣١)

## مصفوفة تصنيف المتغيرات وفقاً لمتغير المرتبة العلمية والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبارة | قيم دالات التمايز ١ | قيم دالات التمايز ٢ |
|---|---|---|---|
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية | *٠,٤٦١ | ٠,٠٩٦ |
| ٩ | المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك | *٠,٣٣٩ | ٠,٠٢٨ |
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | *٠,٣٠٤ | ٠,١٦٣ |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي | *٠,٢٤٢ | ٠,١١٠ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية | *٠,٢٣٠ | ٠,٠٧١ |
| ٥١ | التامين الصحي على صحة العيون | *٠,٢٢٩ | ٠,٠٩٦ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص | *٠,٢٢٣ | ٠,٠٧٩ |
| ١ | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية | *٠,١٩١ | ٠,١٢٥ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية | *٠,١٨١ | ٠,٠٣٤ |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة | *٠,١٥١ | ٠,١٠١ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة | *٠,١٥٠ | ٠,٠٦٦ |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان | *٠,١٤٣ | ٠,٠٢٩ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية | *٠,١٠٠ | ٠,٠٩٥ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها | *٠,٠٨٠ | ٠,٠٧٧ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات | *٠,٠٧٥ | ٠,٠١٢ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة | *٠,٠٤٨ | ٠,٠٢٨ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي | *٠,٠١١ | صفر |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي | ٠,٠١٤ | *٠,٣٤١ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم | ٠,٠٠٢ | *٠,٣٣١ |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم | ٠,٠٠١ | *٠,٢٩٢ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي | ٠,٠١٦ | *٠,٢٨٨ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط | ٠,٠١٣ | *٠,٢٧٨ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي | ٠,٠٥٤ | *٠,٢٧٧ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين | ٠,٠٠٦ | *٠,٢٦٤ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ٠,٠٤٧ | *٠,٢٦٠ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة | ٠,١٢٦ | *٠,٢٤٤ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية بالجامعة | ٠,٩٥ | *٠,٢٤٣ |

## تابع جدول (٢/٣١)

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٣٦ | يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية | ٠,٠٣٤ | *٠,٢٤١ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات | ٠,٠٠٥ | *٠,٢٤٠ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية | ٠,١٩٠ | *٠,٢٣٧ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج | ٠,١٢٧ | *٠,٢٣٥ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية | ٠,١٤٣ | *٠,٢٢٦ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية عن الجامعات | ٠,١١٠ | *٠,٢٢٥ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي | ٠,٠٣٧ | *٠,٢٠٨ |
| ٢٦ | توافر خبرات لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية | ٠,٤٠١ | *٠,٢٠٨ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية | ٠,١٣٨ | *٠,١٩٩ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ٠,٠٤٧ | *١٩٧. |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم | ٠,٠٠٣ | *٠,١٩٠ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | ٠,٠٣٩ | *٠,١٩٥ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم | ٠,٠٢٩ | *٠,١٩٢ |
| ٣٨ | يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | ٠,٠٩٠ | *٠,١٨٧ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي. | ٠,٠٥٦ | *٠,١٨٦ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي | ٠,٠٠٣ | *٠,١٨٣ |
| ١٦ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي | ٠,١٢٩ | *٠,١٦٥ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة | ٠,١١٣ | *٠,١٥٧ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية | ٠,٠٤٠ | *٠,١٥٤ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة | ٠,٠٠٥ | *٠,١٥٤ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص | ٠,١١٢ | *٠,١٤٦ |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله | ٠,٠٦٩ | *٠,١٣١ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها | ٠,١٠٥ | *٠,١٣٠ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي | ٠,٠٤٢ | *٠,١٢١ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها | ٠,٠٢٣ | *٠,١١٧ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات | ٠,٠١١ | *٠,١١٤ |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد | ٠,١٠٨ | *٠,١١٢ |
| ٥٥ | التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية | ٠,٠٢٠ | *٠,٠٩٣ |
| ٢٤ | تعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين | ٠,٠٤٠ | *٠,٠٦٠ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات | ٠,٠٣٢ | *٠,٠٤٠ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | ٠,٠٠٤ | *٠,٠٣٢ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

الجدول رقم (٣١) يوضح المتغيرات التي تتألف منها دالتا التمايز، فالدالة الأولى والتي تفسر ٥٠,٨% من التباين تتألف من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤،٩،٣،٥،٢،٥١،١٨،١،١٧،٥٢،٤٩،٥٠،٢٠،٦،٢١،٥٦،٥٣).

أما دالة التمايز الثانية فتفسر ٤٩,٢% من التباين وتتألف من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤٣،٢٧،١٤،٤٠،٤١،٤٢،٢٨،٢٩،٣٧،٣٥،٣٦،٤٦،٣٣،٢٣،٣٢،١٥،٥٧،٢٦، ٤٧،٣٠،١٣،٥٤،١٢،٣٨،٣١،٣٤،١٦،٥٨،٢٢،٢٥،١٩،٧،١١،٤٥،٤٤،٣٩،٤٨،٥٥، ٢٤،١٠،٨).

انظر الجدول السابق رقم (٣١).

## جدول رقم (٣٢)

## نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها حسب المرتبة العلمية

| م | المرتبة العلمية | الانتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب المرتبة العلمية | | | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أستاذ مساعد | | أستاذ مشارك | | أستاذ | | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % |
| ١ | أستاذ مساعد | ٢١٩* | ٥٣,٩ | ٩٥ | ٢٣,٤ | ٩٢ | ٢٢,٧ | ٤,٦ | ١٠٠% |
| ٢ | أستاذ مشارك | ٥٨ | ٢٥,٢ | ١٣١* | ٥٧,٠ | ٤١ | ١٧,٨ | ٢٣٠ | ١٠٠% |
| ٣ | أستاذ | ٢٧ | ٢١,٣ | ١٩ | ١٥,٠ | ٨١* | ٦٣,٨ | ١٢٧ | ١٠٠% |

من الجدول السابق رقم (٣٢) يتضح لنا نتائج التصنيف للمجموعات حيث كانت كالتالي:

أن ٥٦,٥% من الحالات تم تصنيفها تصنيفا صحيحا وفي ضوء ذلك فإن:

- ٢١٩ من أفراد عينة الدراسة برتبة أستاذ مساعد ينتمون إلى نفس المجموعة وبنسبة قدرها ٥٣,٩% وهي مجموعة متميزة.

- ١٣١ من أفراد عينة الدراسة برتبة أستاذ مشارك ينتمون إلى نفس المجموعة وبنسبة قدرها ٥٧% وهي مجموعة متميزة.
- ٨١ من أفراد عينة الدراسة برتبة أستاذ ينتمون إلى نفس المجموعة وبنسبة قدرها ٦٣,٨% وهي مجموعة متميزة.

جدول رقم (٣٣)

دالات التمايز حول مركز المجتمع

| م | المرتبة العلمية | دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ١ | أستاذ مساعد | ٠,٣٩٥ | ٤,٣-* |
| ٢ | أستاذ مشارك | ٠,٣٩٨ | ٠,٥ |
| ٣ | أستاذ | ٠,٥٤٢ | ٠,٧٦٧ |

من تحليل دوال التمايز حول مركز المجتمع يظهر أن جميع الفئات قريبة من المركز (صفر) ما عدا فئة أستاذ مساعد حيث يقع سلبا عند نقطة ٤,٣ فيما يتعلق بدالة التمايز الثانية والتي تتألف من عبارات ذات علاقة بمنافع التأمين الصحي:

- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي
- قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم
- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم
- يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط
- يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي
- جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين
- توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي

- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة
- يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الحصية بالجامعة
- يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية
- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات
- يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية
- إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية
- تخفيف النفقات الإدارية عن الجامعات
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي
- توفر خبرات لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية
- توفر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي
- الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم
- التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل).
- الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم
- يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.
- التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات وشركات التأمين الصحي).
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي
- تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي
- التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة
- تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية
- قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة
- تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله

- السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها
- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي
- يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها
- يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات
- التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد
- التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية
- تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين
- رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات
- الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي

وهذه النتائج علماً بأنها تمثل موقف الحاصلين على درجة أستاذ مساعد لا تتفق مع بعض نتائج دراسات (ركن، ١٩٩١م) ودراسة (البكر، ١٩٩٤م) ودراسة (بوكيمير، ١٩٩٦م) ودراسة (برعي، ١٩٩٦م) ودراسة (بالغيوم، ١٩٩٦م)، ودراسة (بوريش، ١٩٩٧م) ودراسة العمر والربيعة، ١٩٩٨م)، والتي تشير نتائجها إلى أن التأمين الصحي يحقق المنافع والمزايا التالية:

١) الحصول على الطبيب المناسب وإمكان اختياره.
٢) يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات.
٣) يقلل الأعباء المالية ويرشد الإنفاق الصحي الحكومي.
٤) يؤدي إلى زيادة التكافل الاجتماعي بين العمال وأصحاب العمل.
٥) الرقي بمستوى الخدمات الصحية ونوعيتها.
٦) خفض التكاليف الصحية الإدارية.
٧) تعزيز دور القطاع الخاص.
٨) يقلل تكلفة العلاج على مستوى الفرد والعائلة.

مما يعني وقوف فئة أستاذ مساعد سلبا من مفردات دالة التمايز الثانية والتي تركز على مميزات وخصائص التأمين الصحي وأنواع الخدمات والبرامج الطبية الكمالية التي يقدمها.

**جدول رقم (٣٤)**

**معامل ارتباط دالات التمايز وفقا لمتغير مصدر الشهادة**

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,٣٠١ | ٤٦,٨ | ٤٦,٨ | ٠,٤٨١ | ٠,٥٦١ | ٤٢٢,٧٦ | ١٧٤ | صفر |
| ٢ | ٠,١٨٣ | ٢٨,٤ | ٧٥,٢ | ٠,٣٩٣ | ٠,٧٢٩ | ٢٣٠,٦٥ | ١١٤ | صفر |
| ٣ | ٠,١٥٩ | ٢٤,٨ | ٠,١٠٠ | ٠,٣٧١ | ٠,٨٦٣ | ١٠٨,٠١ | ٥٦ | صفر |

الجدول السابق رقم (٣٤) يوضح لنا تحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب مصدر الشهادة وظهر لنا أن هناك ثلاث دالات تمايز تصنف المجموعات حسب مصدر الشهادة وتندرج تحتها وتفسر ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعات.

وكما يظهر من التحليل فإن دالة التمايز الأولى تفسر ٤٦,٨ من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٣٠١ وهي دالة إحصائياً حيث أن درجة كا٢ ٤٢٢,٧٦، بينما تفسر دالة التمايز الثانية ٢٨,٤% وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٨٣ وهي دالة إحصائياً حيث أن درجة كا٢ ٢٣٠,٦٥، أما دالة التمايز الثالثة فتفسر ٢٤,٨ وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٥٩ وهي دالة إحصائياً حيث إن درجة كا٢ ١٠٨,٠١، وقد كانت دالات التمايز الثلاث دالة عند مستوى دالة أقل من (٠,٠٥) وهذا يعني أن فئات العينة الأربع حسب مصدر الشهادة يمكن أن تصنف إلى ثلاث فئات حسب المتغيرات المكونة لكل دالة من دالات التمايز كما يتضح لنا من الجدول رقم (٣٤).

**(جدول رقم ١/٣٥)**

**مصفوفة تصنيف المتغيرات وفقاً لمتغير مصدره الشهادة**

**والمكونة لكل دالة دالات التمايز**

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية | *,٢٩٢ | ,١٧٧ | -,١١١ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات وشركات التأمين الصحي). | *,٢٨١ | ,٠٩٨ | ,٠٤٩ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم. | *,٢٢٧ | ,٢٢١ | -,٠٧٦ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات. | *,٢٢١ | ,٠٧٥ | -,٠٢٧ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | *,٢٢٠ | -,٠٠٣ | -,٠٨٠ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها. | *,١٩٩ | -,٠٥٢ | ,٠٥٨ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها. | *,١٤٥ | ,٠٣٠ | ,١٠٣ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات. | *,١٤٣ | -,٠٤٧ | ,١٣٨ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي | *,١٢٧ | ,٠٢٤ | ,٠٢٥ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي. | *,١١٧ | ,٠٦٤ | ,٠٥٤ |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان | *-,٠٦٥ | ,٠٦٤ | ,٠٦٢ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات. | ,٠٠٨ | *,٣٢٣ | -,١٢٠ |

تابع جدول رقم ( ٢/٣٥)

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة. | ,١٣٧ | *-,٣٠٠ | ,٠٢٧ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص. | ,١٨٩ | *,٢٩٢ | -,٠٤٣ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص | ,٠٨٣ | *,٢٧٠ | ,١١٥ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | ,٠٩١ | *,٢٤٩ | ,٠٢٩ |
| ٢٤ | تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | ,١٤٩ | ٢٢٥* | ,١٧٩ |
| ٩ | المقدار المالي الذي نستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك. | ٠,٠٦٥ | *-,٢١٥ | ,١١٢ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي. | ,٠٩٩ | *,٢١٠ | ,٠٤١ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | -,١٦٣ | *,١٧١ | ,٠١٩ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط. | ,٠٨٦ | ١٦٩,* | ,٠٣٠ |
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | ,٠١٧ | -*,١٦٤ | -,٠٦١ |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم. | ,٠٩٥ | *,١٥٢ | -,١١٦ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات | ,٠٥٥ | *,١٤٧ | ,٠٦٧ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي. | ,١١٠ | *,١٣٣ | ,١١٥ |

تابع جدول رقم ( ٣/٣٥)

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | -,٠٩١ | *,١٢٣ | ,١٠٥ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات | ,١٠٣ | *,١٢٣ | -,٠٧٢ |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة. | ,٠١٣ | -*,١٢٢ | ,٠٠٨ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | -,١٠٣ | *-,١١٨ | ,٠٤٤ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية. | ,٠٥٨ | *,٠٨٢ | ,٠٦٨ |
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية. | -,٠٣٢ | ,٠٨٢ | *,٣٤٩ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية. | ,١٥٠ | ,٠٧١ | ,*٢٦٦ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة | -,٠٠٩ | ,١٣٥ | *,٢١٦ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة | -,١١٧ | -,١٣٥ | *,٢١٢ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية. | ,١٣١ | -,٠٩٩ | *,٢١١ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | -٠,٣٤ | ١,٠٧٠ | *,١٨٦ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي. | -,٠١٨ | -,٠٣٧ | *,١٨٠ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية. | ,٠٥٨ | ,٠٦١ | *,١٦٥ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي. | ,٠٨٤ | ,١١٣ | *,١٥٧ |
| ٣٨ | يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | -,٠٤٧ | ١١٦ | *,١٥٣ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | -,٠٢٢ | -,١١٠ | *,١٥٠ |

تابع جدول رقم ( ٤/٣٥)

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون. | -,٠١٧ | ,٠٣٣ | *,١٥٠ |
| ٢ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | ,١٣٢ | ,١٢٠ | *,١٤٧ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | ,١٢٨ | ,٠١٤ | *,١٣٤ |
| ٣٦ | يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية. | ,٠١٢ | ,٠٧٨ | *,١٢٩ |
| ٥٥ | التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية. | -,٠٤٦ | -,١٠٨ | *,١١٣ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية. | ,٠٣٧ | -,١٠٩ | *,١١٢ |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | ,٠٦٠ | -,٠٢٠ | *,٠٩٠ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختبار الطبيب المعالج. | ,٠٧٣ | ,٠٧٥ | *,٠٩٠ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يوضح الجدول السابق رقم (٣٥) ومن خلال تحليل التمايز أن هناك ثلاث دالات تمايز تحتوي كل دالة على مجموعة من العبارات وهي:

دالة التمايز الأولى تندرج تحتها العبارات ذات الأرقام التالية:

(١٧،٣١،١٣،١٥،١٢،٦،١١،٢١،٤٠،٤٢،٥٠)

أما دالة التمايز الثانية فيندرج تحتها العبارات ذات الأرقام التالية:

(١٠،٥٦،١٨،١٩،٤٤،٢٤،٩،٤٥،٨،٤١،٣،١٤،٣٩،٤٣،٧،٤٦،٥٢،٥٧،٣٥)

بينما تحتوي دالة التمايز الثالثة على العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤،٢،١،٣٧،٥٨،٤٧،٤٩،٥٣،٣٥،٣٤،٣٨،٥٤،٥١،٢٠،٢٢،٣٦،٥٥،٣٣،٤٨،٢٣)

أنظر الجدول رقم (٣٥)

## جدول رقم (٣٦)

### نتائج تصنيف المجموعات بحسب مصدر الشهادة

| م | الدولـــة مصدر شهادة التخـــرج | الإنتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب مصدر الشهادة | | | | | | | | المجمـــوع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | السعودية | | الدول العربية | | أمريكا وكندا | | الدول الأوروبية | | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % |
| ١ | السعودية | *٨٧ | ٥٦,٥ | ١٩ | ١٢,٣ | ٢٢ | ١٤,٣ | ٢٦ | ١٦,٩ | ١٥٤ | %١٠٠ |
| ٢ | الدول العربية | ١٢ | ١٨,٥ | *٤١ | ٦٣,١ | ٨ | ١٢,٣ | ٤ | ٦,٢ | ٦٥ | %١٠٠ |
| ٣ | أمريكا وكندا | ٧٢ | ١٨,٤ | ٤٣ | ١١,٠ | *٢٠٥ | ٥٢,٣ | ٧٢ | ١٨,٤ | ٣٩٢ | %١٠٠ |
| ٤ | الدول الأوروبية | ٣٠ | ١٩,٧ | ١٨ | ١١,٨ | ١٦ | ١٠,٥ | *٨٨ | ٥٧,٩ | ١٥٢ | %١٠٠ |

وكما يتضح من الجدول رقم (٣٦) فإن نتائج التصنيف كانت كالتالي:

أن ٥٥,٢% من الحالات تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً وفي ضوء ذلك فإن:

- ٥٦,٥% من خريجي جامعات المملكة العربية السعودية ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.
- ٦٣,١% من خريجي جامعات الدولة العربية ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.
- ٥٢,٣% من خريجي جامعات أمريكا وكندا ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.
- ٥٧,٩% من خريجي جامعات الدول الأوروبية ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.

وهذا يعني أن كل مجموعة تشكل فئة متميزة إلى أنه في ضوء دالات التمايز يمكن القول أن الأربع مجموعات يصنفون حسب دالات التمايز إلى ثلاث مجموعات، وكما يتضح من الجدول التالي رقم (٣٧).

جدول رقم (٣٧)

دالات التمايز حول مركز المجتمع

| م | الدوله مصدر الشهادة | دالات التمـــايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١ | السعودية | ٠,٥٧١ | ٠,٦٠١ | ٠,٣٧٣ |
| ٢ | الدول العربية | ٠,٥٢٧ | ٠,٢٦٣ | ١,٢٢٢ |
| ٣ | أمريكا وكندا | ٠,٥٣٢ | *-٩,٣ | -٨,٠ |
| ٤ | الدول الأوروبية | ٠,٥٦٨ | ٠,٧١٩ | ٠,١٢٤ |

من خلال تحليل دوال التمايز حول مركز المجتمع نلاحظ أن خريجي دول أمريكا وكندا يقعون سلباً عند نقطة ٩,٣ و ٨,٠ فيما يتعلق بدالتي التمـايز الثانيـة والثالثـة، ممـا يعنـي أن نظرتهم سلبية فيما يتعلق بعبارات هاتين الدالتين والتي تتمثل في الآتي:

- رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات.
- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة.
- استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص.
- تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص
- يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها.
- تعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين.
- المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك.
- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التـأمين الصحي.
- الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي.
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.
- هل تفضل استمرار حصولـك علـى الخدمـات الطبيـة الجامعيـة دون تغطيـة التـأمين الصحي.

- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم.
- يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات
- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي.
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.
- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات
- التأمين الصحي على حالات الولادة.
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية

**جدول رقم (٣٨)**

**معامل ارتباط دالات التمايز وفقاً لمتغير سنوات الخبرة**

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,٢٠٥ | ٥٦,٧ | ٥٦,٧ | ٠,٤١٣ | ٠,٧١٤ | ٢٤٦,٣٨ | ٠,١٧٤ | صفر |
| ٢ | ٠,١٠٣ | ٢٨,٤ | ٨٥,٠ | ٠,٣٠٥ | ٠,٨٦٠ | ١١٠,٠٣ | ٠,١١٤ | ٠,٥٨٨ |
| ٣ | ٠,٠٥٤ | ١٥,٠ | ٠,١٠٠ | ٠,٢٢٧ | ٠,٩٤٩ | ٣٨,٥٤ | ٠,٥٦ | ٠,٩٦٤ |

الجدول رقم (٣٨) يوضح لنا تحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب متغير سنوات الخبرة وظهر لنا أن هناك ثلاث دالات تمايز تصنف المجموعات حسب متغير سنوات الخبرة.

وكما يظهر من التحليل فإن دالة التمايز الأولى تفسر ما نسبته ٥٦,٧% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٢٠٥ وهي دالة إحصائياً حيث أن درجة كا٢ ٢٤٦,٣٨، بينما تفسر دالة التمايز الثانية ٢٨,٤ من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٠٣، أما دالة التمايز الثالثة تفسر ١٥,٠% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٠٥٤ وقد كانت دالة التمايز الأولى دالة عند ٠,٠٥ أما دالة التمايز الثانية ودالة التمايز الثالثة فكانت غير دالة.

**جدول رقم (١/٣٩)**

**مصفوفة تصنيف المتغيرات وفقاً لمتغير سنوات الخبرة**

**والمكونة لكل دالة من دالات التمايز**

| | البيان | دالات التمايز ١ | ٢ | ٣ |
|---|---|---|---|---|
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | *,٣٧٤ | -,٠٣٦ | ,٢٨٢ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية. | *,٣٠٠ | ,١٧٥ | -,٠٩٣ |
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية. | *,٢٩٨ | ,٠٦٤ | -,٠٤٨ |
| ١ | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية. | *,٢٥٧ | -,٠١٨ | ,١٢٧ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطب المعالج. | *-,٢٠٢ | ,٠٥٩ | ,١٩٣ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية. | *,١٧٠ | -,٠٨١ | -,٠٧٥ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية. | *,١٦٩ | -,١٣٦ | -,٠٠٥ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات | *-,١٥٦ | ,١٣٣ | ,٠٩٠ |
| ٩ | المقدار المالي الذي ستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك. | *,١٥٣ | -,٠٦٥ | ,٠٥٥ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي. | *,١٤٨ | ,١١٧ | ,١١٤ |
| ١٦ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي. | *,١٤٧ | -,٠٤٠ | -,٠٢٠ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص. | *-,١٣٣ | -,٠٩٨ | ١٠٦_ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في التأمين الصحي على منسوبيها. | *,١١٢ | ,٠٦٣ | -,٠٤٩ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | *,٠٩٨ | ,٠٣٢ | -,٠٤٥ |

**تابع جدول رقم (٣/٣٩)**

| | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | *,٠٧٩ | ,٠٢٩ | -,٠٢٦ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها. | *-,٧٥ | ,٠١٨ | -,٠٢٥ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | *,٠٧٣ | -,٠٤٦ | ,٠٣٩ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص. | *-,٠٧٣ | -,٠١٥ | ,٠٥٥ |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | *-,٠٤٣ | ,٠٤١ | -,٠١٥ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط. | ,٠٣٣ | *,٣٢٠ | -,٠٦٧ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي. | ,٠٢١ | *,٣٧٤ | -,٠٣٦ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي. | ,٠٧٨ | *,٢٧٣ | -,٠٣٢ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي. | -,٠١٢ | *,٢٧٢ | -,٠٥١ |
| ٣٨ | يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | ,٠٧٥ | *-,٢٤٠ | ,٠٢٨ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية. | ,٠٧٤ | *-,٢٣٢ | ,٠٢٦ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون. | -,٠٩٥ | *,٢١٣ | -,٢١٠ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | -,٠٥٠ | *-,٢١٣ | ٠,٠٧٢ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي. | ,٠٠٢ | *,٢٠٤ | ,٠١١ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | -,٠١٩ | *,٢٠٣ | ,١٤٤ |

## تابع جدول رقم (٣/٣٩)

| | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية. | ,١٠٥ | *-,١٦٤ | ,٠٣٧ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية. | ,٠٢٥ | *,١٦٢ | -,٠٩٢ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة. | ,١١٣ | *-,١٦٠ | ,٠٦١ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي. | ,٠٢٩ | *-,١٣٧ | -,٠٣٨ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية. | ,٠٥٩ | *,١٣٧ | -,٠٣٦ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات. | ,١١٣ | *,١٢٦ | ,٠٧٧ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين. | -,٠١٥ | *-,١٠٦ | ,٠١٣ |
| ٣٦ | يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية. | -,٠٠١ | *-,٠٩١ | -,٠١٤ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم. | -,٠٢٨ | *,٠٨٢ | ,٠٧١ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي. | ,٠١٤ | *-,٠٧٧ | -,٠٧٥ |
| ٥٥ | التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية. | -,٠٠٨ | *,٠٧٢ | ,٥٨ز |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة. | ,٠٢١ | *.٠٦١ | -,٠٠٤ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | -,٠١٦ | *,٠٢٨ | -,٠٠٧ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | -,٠٠٣ | ,١٩٨ | *,٢٨٢ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات. | -,١٠٥ | ,٠٢٥ | *,٢٦٨ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم. | ,٠٣٤ | -,٠٢٥ | *,٢٦٤ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي. | ,٠٨٠ | ,١٢١ | *-,٢٣٢ |

**تابع جدول رقم (٣٩/٤)**

| | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | -,٠٥٧ | -,٠٢٩ | *,٢١٤ |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة. | -,١١٩ | ,١٣٣ | *-,٢١٠ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة. | ,٠٤٧ | ,٠٥٢ | *-,٢٠٤ |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | ,١٥٥ | -,١٤٩ | *-,٢٠٢ |
| ٢٦ | توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية | ,١٠٩ | -,٠٨٩ | *,١٨٨ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة. | -,٠١٤ | -,٠٥٩ | *,١٧٢ |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان. | -,٠٣٤ | ,١٥٦ | *-,١٥٨ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | -,٠٨٥ | ,٠٨٤ | *-,١٢٠ |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم. | -,٠٧٧ | ,٠٣٢ | *,١٠٥ |
| ٢٤ | تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | ,٠٤٤ | -,٠٨١ | *,٠٨٧ |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي. | -,٠٣٠ | ,٠٣٩ | *,٠٨٥ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | -,٠١٨ | ,٠٢٨ | -*,٠٣٥ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

الجدول رقم (٣٩) يوضح المتغيرات التي تتألف منها دالات التمايز، فالدالة الأولى تندرج تحتها العبارات ذات الأرقام التالية:

(٣،٢،٤،١،٢٣،١٧،٣٣،٣٩،٩،١٠،١٦،١٨،١١،٥٤،٥٧،٦،٣٠،١٩،٤٨).

أما الدالة الثانية فتتألف من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤١، ٤٢، ٤٥، ٤٠، ٣٨، ٣٥، ٥١، ٢٢، ٤٣، ٤٤، ٣٢، ٤٧، ٣٧، ٣٤، ٤٦، ١٥، ٢٨، ٣٦، ١٣، ٣١، ٥٥، ٥٨، ٢٩).

بينما تضم دالة التمايز الثالثة العبارات ذات الأرقام التالية:

(١٢، ٢١، ٢٧، ٥٣، ٢٠، ٥٢، ٥٦، ٧، ٢٦، ٢٥، ٥٠، ٤٩، ١٤، ٢٤، ٥، ٨).

## جدول رقم (٤٠)

## نتائج تصنيف المجموعات إلى بعضها حسب متغير سنوات الخبرة

| م | سنــوات الخبــرة | الإنتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب متغير سنوات الخبرة | | | | | | | | المجوع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من خمس سنوات | | من (٥) إلى أقل من (١٠) | | من (١٠) إلى أقل من (١٥) سنة | | من (١٥) سنة فأكثر | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع |
| ١ | أقل من ٥ سنوات | *٧٨ | ٥٦,١ | ٢٧ | ١٩,٤ | ١٣ | ٩,٤ | ٢١ | ١٥,١ | ١٣٩ |
| ٢ | من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات | ٣٨ | ٢١,٧ | *٦٩ | ٣٩,٤ | ٢٩ | ١٦,٦ | ٣٩ | ٢٢,٣ | ١٧٥ |
| ٣ | من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة | ٢٧ | ١٦,٧ | ٢٧ | ١٦,٧ | *٦٩ | ٤٢,٦ | ٣٩ | ٢٤,١ | ١٦٢ |
| ٤ | من ١٥ سنة فاكثر | ٥٨ | ٢٠,٢ | ٥٢ | ١٨,١ | ٧٢ | ٢٥,١ | *١٠٥ | ٣٦,٦ | ٢٨٧ |

الجدول رقم (٤٠) يوضح نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها وكانت كالتالي:

أن ٤٢,١% من الحالات تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً وعلى ضوء ذلك فإن:

- ٥٦,١% من أفراد عينة الدراسة من ذوي فئة الخبرة أقل من ٥ سنوات ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.
- ٣٩,٤% من أفراد عينة الدراسة من ذوي فئة الخبرة من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.
- ٤٢,٦% من أفراد عينة الدراسة من ذوي فئة الخبرة من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.
- ٣٦,٦% من أفراد عينة الدراسة من ذوي فئة الخبرة من ١٥ سنة فأكثر ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة.

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة من ذوي فئة الخبرة الأقل أكثر انتماءً لنفس المجموعة.

**جدول رقم (٤١)**

**دالات التمايز حول مركز المجتمع**

| م | سنوات الخبرة | دالات التمـــــايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١ | أقل من ٥ سنوات | ٠,٨٧٧ | ٠,٢٣٥ | *-٩.٩ |
| ٢ | من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات | ٠,١١٩ | ٠,٥٤٩ | ٠,١٣٦ |
| ٣ | من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة | ٠,٣٨٢ | *٤,٢٨ | ٠,٤٠٠ |
| ٤ | من ١٥ سنة فأكثر | ٠,٢٨٢ | ٠,٢٤٥ | ٠,١٩٢ |

من خلال الجدول السابق رقم (٤١) يتضح لنا أن أفراد العينة الذين تقل سنوات خبراتهم عن ٥ سنوات يقعون سلباً عند نقطة ٩.٩ بالنسبة لدالة التمايز الثالثة وهي التي تركز متغيراتها على الآتي:

- الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم.
- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات.
- قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم.
- التأمين الصحي على العلاج الطبيعي.
- تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية.
- التأمين الصحي على حالات الولادة.
- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة.
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.
- توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية

- قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة.
- التأمين الصحي على رعاية الأسنان.
- التأمين الصحي على الأمراض المزمنة.
- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم.
- تعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين.
- خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي.
- الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة ذوي الخبرات التي تقل عن خمس سنوات ينظرون إلى مفردات دالة التمايز الثالثة نظرة سالبة فيما يتعلق بالتسهيلات والخدمات الطبية التي يمكن الحصول عليها من خلال التأمين الصحي. وهذه النتيجة تدل على أن الموظف الحديث يبحث عن خدمة أفضل وهو أكثر مثالية. وهذا يتفق مع نتيجة دراسة وترز (Wouters, 1987) التي ترى أن الموظف الحديث هو الأكثر احتمالاً لاستخدام جهة مفضلة مقدمه للخدمة الصحية.

أما فئة أفراد عينة الدراسة ذوي الخبرات التي تتراوح من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة فتقع عند نقطة ٤,٢٨ بالنسبة لدالة التمايز الثانية والتي تضم العبارات التالية:

- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.
- يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي.
- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي.
- يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي.
- يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.

- يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية.
- التأمين الصحي على صحة العيون.
- تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية.
- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي.
- يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية.
- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي.
- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية.
- تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات.
- جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين

حيث أن هذه الفئة تنظر لمفردات هذه الدالة نظرة إيجابية مما يعني أنهم يؤيدون نظام التأمين الصحي والحصول على التغطية الطبية الشاملة سواء أكان عن طريق المستشفيات الجامعية أم شركات التأمين الصحي وأن نظام التأمين الصحي يمثل مصدر تمويل للخدمات الطبية الجامعية. وتتفق هذه النتائج مع خصائص أنظمة التأمين في مختلف دول العالم حيث ذكر (عبدالفتاح، ١٩٩٣) أن من خصائص أنظمة التأمين في ألمانيا، وفرنسا، وكندا، وانجلترا، والولايات المتحدة الأمريكية، وروسيا، تقديم خدمات الرعاية الطبية داخل وخارج المستشفيات في شكل تغطية طبية شاملة.

## جدول رقم (٤٣)

## معامل ارتباط دالات التمايز وفقاً لمتغير العمر

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,١٨٨ | ٤٦,٩ | ٤٦,٩ | ٠,٣٩٨ | ٠,٦٨٧ | ٢٧٤,٢٨١ | ٠,١٧٤ | صفر |
| ٢ | ٠,١١١ | ٢٧,٧ | ٧٤,٦ | ٠,٣١٦ | ٠,٨١٧ | ١٤٨,٠٧٢ | ٠,١١٤ | ٠,٠١٨ |
| ٣ | ٠,١٠٢ | ٢٥,٤ | ١٠٠% | ٠,٣٠٤ | ٠,٩٠٨ | ٧٠,٩٢٣ | ٠,٥٦ | ٠,٠٨٦ |

الجدول رقم (٤٢) يوضح لنا تحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب متغير العمر، وظهر لنا أن هناك ثلاث دالات تمايز تفسر ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعات.

دالة التمايز الأولى تفسر ما نسبته ٤٦,٩% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٨٨ وهي دالة إحصائياً حيث كانت درجة كا٢ ٢٧٤,٢٨١ أما دالة التمايز الثانية فتفسر ٢٧,٧% من التباين وبلغت جذورها ٠,١١١ وهي دالة إحصائياً حيث بلغت درجة كا٢ ١٤٨,٠٧٢ بينما تفسر دالة التمايز الثالثة ٢٥,٤% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١٠٢ وقد كانت دالات التمايز الأولى والثانية دالة عند مستوى دلالة أقل من ٠,٠٥ أما دالة التمايز الثالثة فكانت غير دالة.

وهذه النتيجة تختلف عن النتيجة التي توصلت إليها دراسة جلين (Gleen, 1987) من أن العمر يرتبط إرتباطاً سالباً بعملية الاختيار من بين بدائل التأمين الصحي.

## (جدول رقم ٤٣/١)

## مصفوفة المتغيرات وفقاً لمتغير العمر
## والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | البيان | دالات التمايز ١ | ٢ | ٣ |
|---|---|---|---|---|
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | *٤٦٤, | ٢٠٤, | -٠٤٥, |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية. | *٣٠١, | ١٧٧, | ٠,١٨٣ |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة. | *-٢٦٦, | -٠٤٢, | ١٧٤, |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | *-٢٦٠, | ٠٧٤, | ٠٣١, |
| ٩ | المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك. | *٢٤٨, | -١٤٤, | -١١٦, |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان. | *-١٦٠, | -٠٠٤, | ١٠٠, |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية. | *١٣٣, | ٠٢٦, | ٠٦٠, |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات. | *١٢٥, | -١١٤, | ٠١٩, |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم. | *-١٠٢, | -٠٧٣, | ٠٦٩, |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي. | *٠٨٢, | -٠٧٣, | ٠٧٦, |
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية. | ١١٠, | *-٠٥٠, | ٠١٨, |
| ١ | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية. | ١١١, | *٢٩٩, | ١٩٣, |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | ٠٦٩, | *٢٩٣, | ١٦٤, |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة. | ٠١٤ | *-٢٤٥, | ١٣٠, |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليه. | -٠٣٦, | *-٢٣٢, | ٠٣٣, |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | -١٢٧, | *١٥٧, | ١١٢, |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | -١٢٧, | *١٤٦, | -٠٦٢, |

## تابع جدول رقم (٤٣/٣)

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات. | ,٠٤٣ | *,١١٠ | ,٠٧٥ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي. | ,٠٢٣ | -,٠٤٨ | *,٣٦٤ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي. | ,٠٠٤ | -,٠٨٤ | *,٣٤٦ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية. | -,٠٠٢ | ,١٠٠ | *,٣٣٤ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | -,٠٤٣ | -,٠٣٢ | *,٣٢٩ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | ,٠٥٦ | ,٠١٩ | *,٣٢٨ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي. | ,٠٤٠ | ,٠١٢ | *,٣٢٢ |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي. | -,٠٦٧ | -,١٠٤ | *,٣١٣ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط. | -,٠٥٧ | ,٢١٠ | *,٣١١ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم. | ,٠١٠ | -,٠٣٣ | *,٣٠٤ |
| ٣٦ | يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية. | ,٠٢٩ | ,٠٨١ | *,٣٠١ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | -,٠١٣ | -,١٧٠ | *,٢٩٩ |
| ٢٤ | تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | ,٠٥٤ | ,٠٥٣ | *,٢٩٣ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات. | ,٠١٣ | ,٠٣٥ | *,٢٩٢ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج. | ,١٧٠ | ,٠٣٧ | *,٢٨٨ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | -,٠٢٠ | -,١٠٠ | *,٢٨١ |

## تابع جدول رقم (٤٣/٣)

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي. | ,٠٠٤ | ,٠٤١ | *,٢٧٩ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية | -,٠٧١ | -,٠٦٣ | *,٢٥٨ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة. | ,٠١٣ | -,١٠٧ | *,٢٥٢ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات. | ,٠٦٥ | ,٠٠٣ | *,٢٥١ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية. | ,٠٩٩ | -,٠٣١ | *,٢٥١ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | ,١٢٠ | -,٢١٦ | *,٢٥٤ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص. | -,١٧٧ | ,٠٣٢ | *,٢٤١ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي. | -,١٢٣ | ,١٠٩ | *,٢٣٩ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة. | ,٠٠٣ | ,٠٠٩ | *,٢٣٥ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | ,٠١٢ | -,٠٢٩ | *,٢١٦ |
| ٥٥ | التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية. | -,٠٦٩ | -,١٥١ | *,٢١٥ |
| ٢٦ | توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية. | ,٠٤٨ | ,١١١ | *,١٩٦ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج. | -,١٢٠ | -,٠٠٦ | *,١٦٢ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | -,١٣٢ | -,١٨٠ | *,١٩١ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي. | -,١٠٤ | -,٠٥٩ | *,١٨٥ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | -,١٣٣ | ,٠٤٧ | *,١٨٢ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة. | ,٠٠٨ | -,٠٣٨ | *,١٧٩ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها. | ,٠٣٦ | -,٠١٩ | *,١٧٩ |

## تابع جدول رقم (٤/٤٣)

| م | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية. | -,١٦٧ | -,٠٤٠ | *,١٧٧ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص. | -,١٧١ | -,٠٣٦ | *,١٧٧ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون. | -,١٢٧ | -,٠٤٣ | *,١٤٦ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات. | -,٠٠٧ | -,٠٨٥ | *,١٤٦ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم. | -,٠٦١ | -,٠٤٣ | *,١٤٤ |
| ٣٨ | يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | ٠٠٠ | ,٠٣٤ | *,١٢٨ |
| ١٦ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي. | ,٠٣٩ | -,٠٣٦ | -*,٠٤٨ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

الجدول رقم (٤٣) يوضح لنا المتغيرات التي تتألف منها دالات التمايز الثلاث:

فدالة التمايز الأولى تتدرج تحتها العبارات ذات الأرقام التالية:

(٣،٢،٥٢،٤٨،٩،٥٠،١٧،١٥،١٤،٣١).

أما دالة التمايز الثانية فتندرج تحتها العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤،١،٥٧،٥٨،٦،٨،٧،١٠)

بينما تندرج تحت دالة التمايز الثالثة العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤٢،٤٥،٣٥،٢٩،٤٤،٤٣،٥،٤١،٢٧،٣٦،٢٢،٢٤،٤٦،٢٣،٢٨،٣٤،٢٠،٢٥، ٣٩،٣٢،٥٤،١٩،٤٠،٥٦،٣٠،٥٥،٢٦،٢٣،٤٩،٥٣،١٢،٣٧،١١،٤٧،١٨،٥١،٢١،١٣، ٣٨،١٦).

## (جدول رقم ٤٤)

## نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها حسب متغير العمر

| | | الانتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب متغير العمر | | | | | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من ٣٠ سنة | | من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنه | | من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنه | | من ٥٠ فأكثر | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | |
| ١ | أقل من ٣٠ سنة | ١٢* | ٨٥,٧ | صفر | صفر | ١ | ٧,١ | ١ | ٧,١ | ١٤ |
| ٢ | من ٣٠ إلى أقل من ٤٠سنه | ٢٨ | ١٢,١ | ١١٨ * | ٥١,١ | ٤٨ | ٢٠,٨ | ٣٧ | ١٦,٠ | ٢٣١ |
| ٣ | من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة | ٣٤ | ٩,٦ | ٩٠ | ٢٥,٥ | ١٦٧* | ٤٧,٣ | ٦٢ | ١٧,٦ | ٣٥٣ |
| ٤ | من ٥٠ سنة فأكثر | ٨ | ٤,٨ | ٣٥ | ٢١,٢ | ٣٦ | ٢١,٨ | ٨٦* | ٥٢,١ | ١٦٥ |

الجدول رقم (٤٤) يوضح لنا نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها وكانت كالتالي:

أن ٥٠,٢% من الحالات تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً وعلى ضوء ذلك فإن:

- ٨٥,٧% من أفراد عينة الدراسة من ذوي الفئة العمرية أقل من ٣٠ سنة ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.
- ٥١,١ من أفراد عينة الدراسة من ذوي الفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.
- ٤٧,٣% من أفراد عينة الدراسة من ذوي الفئة العمرية من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.
- ٥٢,١ من أفراد عينة الدراسة من ذوي الفئة العمرية من ٥٠ سنة فأكثر ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة.

مما يعني أن الفئة العمرية (أقل من ٣٠ سنة) هي الأكثر انتماءاً حيث بلغت نسبة إنتمائهم ٥٨,٧ وهذه النتيجة تتفق مع دراسة الحميدي (٢٠٠٠م) من أن الفئة العمرية من الشباب هم الأكثر رغبة في تجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

## جدول رقم (٤٥)

## دالات التمايز حول مركز المجتمع

| م | الفئات العمرية | دالات التمـــــايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١ | أقل من ٣٠ سنة | ٠,٢١١ | ٠,٣٢١ | ٢,٣٠ |
| ٢ | من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة | ٠,٥٣٢ | ٠,٢٩٥ | *-٣.٣ |
| ٣ | من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة | *٣,٨٨ | ٠,٣٤٦ | *-٨,٦ |
| ٤ | من ٥٠ سنة فأكثر | ٠,٦٨١ | ٠,٣٥٥ | *٣,٥٠ |

من خلال تحليل دالات التمايز حول مركز المجتمع نجد أن أفـراد عينـة الدراسـة ذوي الفئة العمرية من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة يقفون إيجاباً عند نقطة ٣,٨٨ بالنسبة لدالـة التمايز الأولى وأيضاً عند نقطة ٨,٦ السالبة بالنسبة لدالة التمايز الثالثـة، حيث تتعلق دالـة التمايز الأولى بالعبارات التالية:

- هل تفضل استمرار حصولك علـى الخدمـات الطبيـة الجامعيـة دون تغطيــة التـأمين الصحي.
- مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية.
- التأمين الصحي على حالات الولادة.
- التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد.
- المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك.
- التأمين الصحي على رعاية الأسنان.
- إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية.
- تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات.

- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم.
- التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات وشركات التأمين).

مما يعني أن هذه الفئة تتميز بنظرتها الايجابية لعبارات دالة التمايز الأولى مما يعني إنهم يؤيدون نظام التأمين الصحي وبرامجه الطبية المتنوعة وهذه النتيجة تتفق مع دراسة الحميدي (٢٠٠٠م) من أن العمر يرتبط ارتباطاً إيجابياً مع تجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

أما فيما يتعلق بدالة التمايز الثالثة والتي تضم العبارات التالية:

- يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي.
- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي.
- يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية.
- توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها.
- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي.
- خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي.
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.
- قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم.
- يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية.
- تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية.
- تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين.

- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات.
- إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج.
- جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي.
- تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية
- قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة.
- يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل).
- تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص.
- يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي.
- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة.
- توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية.
- توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية.
- إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج.
- التأمين الصحي على الأمراض المزمنة.
- التأمين الصحي على العلاج الطبيعي.
- الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم.
- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية.
- استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص.
- التأمين الصحي على صحة العيون.
- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات.

- الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم.
- يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.
- تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي

مما يعني أن هذه الفئة تنظر إلى عبارات دالة التمايز الثالثة نظرة سالبة بمعنى أنهم لايؤيدونها، ويوافقهم فيما يتعلق بدالة التمايز الثالثة أفراد عينة الدراسة ذوي الفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة حيث تقع العينة من هذه الفئة عند نقطة ٣.٣ سلباً. وعلى العكس من الفئتين السابقتين تقع عينة الدراسة ذوي الفئة العمرية من ٥٠ سنة فأكثر إيجاباً عند نقطة ٣,٥٠ بالنسبة لدالة التمايز الثالثة مما يعني أن موقفها من عبارات دالة التمايز الثالثة التأييد والموافقة على مميزات التأمين الصحي وخصائصه.

وتتفق هذه الدراسة مع بعض نتائج دراسات جلين (Gleen, 1987) ودراسة بوكيمير (Bokemeier, 1996) التي تشير إلى أن العمر يرتبط ارتباطاً سالباً بعملية الاختيار من بين بدائل التأمين الصحي.

كما أن هذه النتائج التي تشير إلى ذوي الفئة العمرية (من ٥٠ سنة فأكثر) لا تتفق مع ما ذكره بوعلي (١٩٩٤م) من أن شركات التأمين تتحيز إلى اختيار من تقبل التأمين عليهم وهي عادة ما تختار الفئات التي يتضاءل خطر الإصابة بالمرض لديها أو الفئات أقل عرضة للمرض مثل الشباب.

## جدول رقم (٤٦)

**معامل ارتباط دالات التمايز بحسب عدد أفراد الأسرة**

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,٢٠٦ | ٥٧,٧ | ٧٥,٧ | ٠,٤١٣ | ٠,٧٧٨ | ١٨٣,٧٠٩ | ١١٦ | صفر |
| ٢ | ٠,٠٦٦ | ٢٤,٣ | ١٠٠% | ٠,٢٤٩ | ٠,٩٣٨ | ٤٦,٨١٤ | ٥٧ | ٠,٨٣٠ |

الجدول رقم (٤٦) يوضح لنا تحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب متغير عدد أفراد الأسرة، وتبين لنا أن هناك دالتي تمايز تفسران ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعات.

دالة التمايز الأولى تفسر ما نسبته ٧٥,٧% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٢٠٦ وهي دالة إحصائياً حيث أن درجة كا٢ ١٨٣,٧٠٩، بينما دالة التمايز الثانية تفسر ٢٤,٣% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٠٦٦ وهي غير دالة إحصائياً.

## (جدول رقم ١/٤٧)

## مصفوفة المتغيرات وفقاً لمتغير عدد أفراد الأسرة

## والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي. | ,٤٢٥* | ,١٥٩- |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة. | ,٣٦٧* | ,١٤٥- |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية. | ,٣٥٠* | ,١٥٩- |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | ,٣٤٥* | ,٠٥٢- |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | ,٣٤٥* | ,٠٩٣ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون. | ,٢٩٨* | ,٠٢٣- |
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | ,٢٩١-* | ,٠٠٢- |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان. | ,٢٢٣* | ,٠٧٦- |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة. | ,٢١٣* | ,١٨٠ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج. | ,٢٠٥* | ,٠٣٦- |
| ٥٥ | التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية. | ,٢٠٤* | ,١٠٥- |
| ٢٤ | تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | ,١٩١* | ,٠١٢ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | ,١٨٤* | ,٠٢٧ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات. | ,١٤٧* | ,٠٣٢ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات. | ,١٤٥* | ,٠٠٥- |
| ١ | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية. | ,١٣٨-* | ,٠٨٥ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | ,١٣٦-* | ,٠٧٢ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة. | ,١٢٣* | ,١٠٠- |

## تابع جدول رقم (٣/٤٧)

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | ,١٢٠* | ,٠٢٩ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم. | -,١٠٩* | ,٠٣٤ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | ,٠٩٤* | ,٠٦٨ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانيات المادية والبشرية بالجامعات. | ,٠٩٩* | ,٠٣٣ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبيية مميزة. | ,٠٩٤* | ,٠٥٥ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية. | -,٠٧٧* | -,٠٦٣ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | ,٠٦١* | ,٠٢٢ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط. | ,٠٥٠* | ,٠١٧ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | -٠٤١* | ,٠٢٦ |
| ١٦ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي. | -,٠٣٠* | ,٠١١ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليه. | ,١٨٥ | ,٠٣٣٧* |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي. | ,١٤٩ | ,٢٥٢* |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | ,٢١١ | -,٢٣٦* |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص. | ,٠٠٩ | -,٢٢٣* |
| ٣٨ | يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | -,٠٢٤ | -,١٨٨* |
| ٢٦ | توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لقديم الخدمات الطبية | ,٠٧٩ | ,١٧٥* |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص. | ,٠٤١ | -,١٥١* |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم. | ٠٦٣, | -,١٥١* |

## تابع جدول رقم (٤٧/٣)

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | ,٠٢١ | *-,١٣٨ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين. | ,٠٤٦ | *,١٣٥ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي. | ,٠٢٣ | *,١٣٠ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات. | -,٠٢٨ | *-,١٣٠ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية. | -,٠١٧ | *,١٢٤ |
| ١١ | السياسية التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها. | -,٠٢٠ | *,١١٩ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي. | ,٠١٢ | *-,١١٩ |
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية | ,٠٢٥ | *-,١١٦ |
| ٣٦ | يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية. | ,٠٤٨ | *,١١٥ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي. | -,٠٠٥ | *-,١١٣ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة. | -,٠٣٥ | *,١٠١ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | ,٠٣٩ | *,٠٩٥ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للإتصال بشركات التأمين الصحي. | ٠,٣٩ | *٠,٩٥ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات. | ,٠٣٣ | *,٠٩٥ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية. | ,٠٤٧ | *-,٠٩٢ |

## تابع جدول رقم (٤/٤٧)

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي. | ,٠٥٠ | *,٠٨٤ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | -,٠١٠ | *-,٠٧٧ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | -,٠٤١ | *,٠٧٤ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية. | ,٠٢٤ | *-,٠٧٣ |
| ٩ | المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك. | -,٠٣٨ | *,٠٦٢ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي. | ,٠٤٥ | *,٠٤٨ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية. | -,٠٠٣ | *-,٠٤٧ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فاقل.

من الجدول رقم (٤٧) يتضح لنا أن هناك دالتي تمايز تتألفان من العبارة التالية:

فالدالة الأولى تتألف من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٥٣، ٥٢، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥١، ٣، ٥٠، ٢٥، ٢٣، ٥٥، ٢٤، ٢٠، ٢١، ٣٩، ١، ٨، ٥٨، ٢٢، ٢٧، ١٢، ٤٦، ٥٦، ٣٣، ٤٤، ٤١، ٥٤، ١٦).

أما دالة التمايز الثنية فتضم العبارات ذات الأرقام التالية:

(٦، ٥، ٧، ١٩، ٣٨، ٢٦، ١٨، ١٤، ٥٧، ٢٨، ٤٠، ١٠، ٢، ١١، ٣٤، ٤، ٣٦، ٤٢، ٣٧، ٢٩، ٤٣، ١٥، ٣٥، ٣١، ١٣، ٣٠، ٣٢، ٩، ٤٥، ١٧).

## جدول رقم (٤٨)

**نتائج تصنيف إنتماء المجموعات إلى بعضها حسب عدد أفراد الأسرة**

| م | عدد أفراد الأسرة | الانتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب عدد أفراد الأسرة | | | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من ٦ أفراد | | من ٦-١٢ فرد | | أكثر من ١٢ فرد | | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % |
| ١ | أقل من ٦ أفراد | ٢٤٣* | ٥٩,٤ | ١١٨ | ٢٨,٩ | ٤٨ | ١١,٧ | ٤٠٩ | ١٠٠% |
| ٢ | من ٦-١٢ فرد | ٩٢ | ٢٧,٢ | ٢٠٠* | ٥٩,٢ | ٤٦ | ١٣,٦ | ٣٣٨ | ١٠٠% |
| ٣ | أكثر من ١٢ فرد | ١ | ٦,٣ | ٢ | ١٢,٥ | ١٣* | ٨١,٣ | ١٦ | ١٠٠% |

وكما يتضح من الجدول رقم (٤٨) فإن نتائج التصنيف كانت كالتالي:

أن ٥٩,٨% من الحالات تم تصنيفها تصنيفا صحيحا وفي ضوء ذلك فإن:

- ٥٩,٤% من أفراد عينة الدراسة ذوي الأسر الصغيرة ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة في اتجاهاتهم.
- ٥٩,٢% من أفراد عينة الدراسة ذوي الأسر المتوسطة ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة في اتجاهاتهم.
- ٨١,٣% من أفراد عينة الدراسة ذوي الأسر الكبيرة ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة في اتجاهاتهم.

## جدول رقم (٤٩)

### دالات التمايز حول مركز المجتمع

| م | عدد أفرد الأسرة | دالات التمـــايـــز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ١ | أقل من ٦ أفراد | ٠,٤٢١ | -٤,١* |
| ٢ | من ٦-١٢ فرد | ٠,٤٨٤ | ٨,٧* |
| ٣ | أكثر من ١٢ فرد | ٠,٥٣٩ | ١,٧ |

من خـلال الجـدول السـابق رقـم (٤٩) يظـهر لنـا تحليـل دوال التمـايز أن أفـراد عينـة الدراسة ذوي الأسر الصغيرة (أقل من ٦ أفراد) تتميز بوقوعها سالبا عند نقطة ٤,١ بالنسبة لدالة التمايز الثانية والتي تضم العبارات التالية:

- نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها.
- خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي.
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.
- تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص.
- يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.
- توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية
- استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص.
- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم.
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين.
- يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي.
- رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات.
- مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية.

- السياسية التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي.
- معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية
- يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية.
- يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي.
- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- توفر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للإتصال بشركات التأمين الصحي.
- تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات.
- يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية.
- التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي.
- الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم.
- توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك.
- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي.
- إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة ينظرون إلى عبارات دالة التمايز الثانية نظرة سالبة ولا يؤيدونها.

وعلى النقيض من الفئة السابقة (أقل من ٦ أفراد) تقع فئة أفـراد عينـة الدراسـة مـن ذوي الأسر المتوسطة (من ٦-١٢ فرد) إيجاباً عند نقطة ٨,٧ بالنسبة لدالـة التمـايز الثانيـة، مما يعني أن موقفها من عبارات دالة التمايز الثانيــة التـأييد والموافقـة علـى المتغيرات ذات العلاقة بالتأمين الصحي من حيث نوع التغطية التأمينيـة وأنظمتـه وأنواعـه ومقدار رسومه وسياسته ومميزاته الطبية والإدارية والتمويلية.

**جدول رقم (٥٠)**

**معامل ارتباط دالات التمايز حسب المستوى الاقتصادي للأسرة**

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,١٤٦ | ٥٦,٤ | ٥٦,٤ | ٠,٣٥٧ | ٠,٧٨٥ | ١٧٧,٣٩٥ | ١١٦ | صفر |
| ٢ | ٠,١١٢ | ٤٣,٦ | %١٠٠ | ٣١٨ | ٠,٨٩٩ | ٧٧,٩٢٣ | ٥٧ | ٠,٠٣٤ |

الجدول رقم (٥٠) يوضح لنا تحليل التمـايز لتصنيـف المجموعـات وأن هنـاك دالتـي تمايز تفسران ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعات.

فدالة التمايز الأولى تفسر ما نسبته ٥٦,٤% من التبـاين وبلغت جذورهـا الكامنـة ٠,١٤٦ وهي دالة إحصائيا إذ بلغت قيمة كا٢ ١٧٧,٣٩٥ ، بينما دالة التمـايز الثانيـة تفسر ٤٣,٦% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,١١٢ وهي دالة إحصائيا حيث كانت قيمة كا٢ ٧٧,٩٢٣ درجة.

وهـــذه النتيجـة تختلـف عـن النتيجـة التـي توصـل إليـها كـل مـن بوكيمـير (Bokemeier, 1996) و جلين (Gleen, 1987) من أنـه لا توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائية بين خيارات بدائل التأمين الصحي وبين الخلفية الاقتصادية.

## (جدول رقم ١/٥١)

## مصفوفة المتغيرات وفقا لمتغير المستوى الاقتصادي

## والمكونة لكل دالة من دالات التمايز

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي | *,٢٩٠ | ,٠٠٩ |
| ٩ | المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد عائلتك. | *-,٢٣٠ | ,٢٠٩ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها. | *-,٢٢٨ | -,٠٧٩ |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | *-,٢٢٣ | -,١١٧ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الخارجية. | *-,٢٢٠ | ,١٩٨ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | *,٢٠٦ | ,١٧٩ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | *,١٦١ | ,١٠٥ |
| ٥٥ | التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية. | *-,١٥٩ | ,١٣٥ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | *,١٢٣ | ,٠٣١ |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | *,١٢٠ | ,٠١٣ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها. | *,١٠٨ | ١٠٣ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات. | *,١٠٣ | ,٠٩٤ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات. | *,٠٩٩ | ,٠٨٣ |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي. | *,٠٩١ | ,٠٠٧ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي. | *,٠٨٠ | -,٠٢٩ |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم. | -*,٠٢٧ | ,٠١٦ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين الصحي من منسوبي الجامعات. | *-,٠٢٦ | -,٠٢٠ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم. | *-,٠٢١ | ,٠١٥ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي. | *,١٢٥ | ,٣٤١ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات. | ,٠٣٦ | *,٣٢٥ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | ,١٥٣ | *,٣٢٤ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص. | ,٠٤٣ | *,٢٦٥ |

## تابع جدول رقم (٣/٥١)

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | ,١٦٧ | *,٢٦٣ |
| ٢٤ | يعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | ,٠٤٢ | *,٢٦٠ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية. | ,٠٩١ | *,٢٤١ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المعاونة مع شركات التأمين الصحي. | ,١٨١ | *,٢٤١ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي. | ,١٨٤ | *,٢٤٢ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي. | ,٠١٠ | *,٢٠١ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية. | -,١٦١ | *,١٩٩ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | ,٠٢٩ | *,١٩٨ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي. | -,١٠٥ | *,١٩٦ |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي. | -,٠٣٥ | *,١٩٥ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون. | ,٠١٣ | *,١٩٤ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية. | ,٠٢٤ | *,١٩٤ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | ,١١٦ | *,١٩٤ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقديه لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية. | -,٠٧٩ | *,١٩١ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة. | -,٠٢١ | *,١٩٠ |
| ٣٦ | يوفر دخلاً مالياً لمساندة الخدمات التعليمية الطبية. | -,١٧٤ | *,١٨٥ |
| ٣٧ | يوفر الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة. | ,٠٠٥ | *,١٨١ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص. | ,١٢١ | *,١٧١ |
| ٤ | معلوماتك عن نظم التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية | -,٠٦٦ | *,١٦٦ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات. | ,١٥١ | *,١٥٧ |
| ٣٨ | يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | ,٠٣٠ | *,١٥٥ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج. | ,٠٢٥ | *,١٥٢ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعية طبية مميزة. | ,٠١٣ | *,١٣٥ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | ,٠٣٩ | *,١٣٢ |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان. | ,٠٤١ | *,١١٥ |
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | ,٠٢٨ | *-,١٠٢ |

## تابع جدول رقم (٥١/٣)

| م | العبارة | قيم دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية. | ,٠٧١ | *,١٠٢ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | ,٠٢٣ | *,٠٩٨ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة. | ,٠٢٧ | *,٠٨٩ |
| ١٦ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي. | -,٠٥١ | *,٠٨٣ |
| ٢٦ | يوفر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية. | ,٠٤٤ | *,٠٧٠ |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة. | -,٠٣٩ | *,٠٦٤ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | -,٠٠٦ | *-,٠٥١ |
| ١ | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية. | -,٠٤١ | *,٠٤٩ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم. | -,٠٣٠ | *-,٠٤٥ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط. | ,٠٤٠ | *-,٠٤١ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فاقل.

من خلال النظر إلى الجدول رقم (٥١) يتضح لنا أن هناك دالتي تمايز تتألفان من العبارات ذات الأرقام التالية:

١ـ دالة التمايز الأولى تتألف من العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤٢، ٩، ٦، ٧، ٢، ٤٩، ٢٨، ٥٥، ٤٤، ٤٨، ١١، ٤٦، ١٥، ٤٥، ٤٠، ١٤، ٣٩، ٢٧، ٣١).

٢ـ دالة التمايز الثانية تضم العبارات ذات الأرقام التالية:

(٢١، ٢٢، ١٩، ٣٠، ٢٤، ٣٢، ٢٩، ٤٣، ٥٣، ٣٥، ٢٠، ٣٤، ٥، ٥١، ١٧، ٥٤، ٣٣، ٥٨، ٣٦، ٣٧، ١٨، ٤، ١٠، ٣٨، ٢٣، ٥٦، ٨، ٥٠، ٣، ٤٧، ٥٧، ٢٥، ١٦، ٢٦، ٥٢، ١٢، ١، ١٣، ٤١). انظر الجدول رقم (٥١).

## جدول رقم (٥٣)

### نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها حسب المستوى الاقتصادي

| م | المستوى الاقتصادي للأسرة | الانتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب المستوى الاقتصادي | | | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | متوسط | | فوق المتوسط | | مرتفع | | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % |
| ١ | متوسط | *٢٤٣ | ٥٥,٠ | ١٥٣ | ٣٤,٦ | ٤٦ | ١٠,٤ | ٤٤٢ | %١٠٠ |
| ٢ | فوق المتوسط | ٩٦ | ٣٢,٨ | *١٥٨ | ٥٣,٩ | ٣٩ | ١٣,٣ | ٢٩٣ | %١٠٠ |
| ٣ | مرتفع | ٤ | ١٤,٣ | ٧ | ٢٥,٠ | *١٧ | ٦٠,٧ | ٢٨ | %١٠٠ |

الجدول رقم (٥٢) يوضح نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها وكانت كالتالي:

أن ٥٤,٨% من الحالات تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً وفي ضوء ذلك فإن:

- ٥٥,٠% من أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة في اتجاهاتهم.
- ٥٣,٩% من أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى الاقتصادي فوق المتوسط ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة في اتجاهاتهم.
- ٦٠,٧% من أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع ينتمون إلى نفس المجموعة ويمثلون مجموعة متميزة في اتجاهاتهم.

جدول رقم (٥٣)

دالات التمايز حول مركز المجتمع

| م | المستوى الاقتصادي للأسرة | دالات التمايز | |
|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ |
| ١ | متوسط | *٨,٩٨ | ٠,٢٧٤ |
| ٢ | فوق المتوسط | *٥,٢٠ | ٠,٤٢١ |
| ٣ | مرتفع | ١,٩ | *-٨,٠ |

من خلال الجدول السابق رقم (٥٣) يتبين لنا من تحليل دوال التمايز حول مركز المجتمع أن أفراد عينة الدراسة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط تتميز بوقوعها إيجابا عند نقطة ٨,٩٨ بالنسبة لدالة التمايز الأولى والتي تتألف من العبارات التالية:

- يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي
- المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد عائلتك.
- نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليه.
- نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله.
- مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الخارجية.
- التأمين الصحي على الأمراض المزمنة.
- جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية.
- يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها.
- التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد.
- السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها.
- تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات.
- تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات.

- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي.
- يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي.
- الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم.
- يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين الصحي من منسوبي الجامعات.
- قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم.
- التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي.

نجد أن أفراد عينة الدراسة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط يتميزون بنظرتهم الإيجابية لمفردات دالة التمايز الأولى، مما يعني أنهم يؤيدون المتغيرات ذات العلاقة بالتأمين الصحي سواء من حيث أنظمته وأنواعه ومقدار رسومه أم من حيث سياسته ومجالات تغطيته والتسهيلات الإدارية المالية والإدارية.

ويوافقهم على ذلك أفراد عينة الدراسة ذوي المستوى الاقتصادي فوق المتوسط حيث يقعون إيجابا عند نقطة ٥,٢٠ بالنسبة لدالة التمايز الأولى والتي تتعلق أيضا بنظم التأمين الصحي وأنواعه ومقدار رسومه وسياسته ومجالات تطبيقه والتسهيلات الإدارية والمالية التأمينية. وهذه النتائج لا تتفق مع دراسة الحميدي (٢٠٠٠م) من أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير الدخل الشهري والرغبة في تجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

أما فئة أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع فيتميزون سلبا بوقوعهم عند نقطة ٨,٠ بالنسبة لدالة التمايز الثانية والتي تضم العبارات التالية:

- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات.
- تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية.
- تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص.
- توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.

- تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي.
- التأمين الصحي على العلاج الطبيعي.
- يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية.
- تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوافر الدعم المالي.
- خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي.
- التأمين الصحي على صحة العيون.
- إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية.
- التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل).
- يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة.
- يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية.
- يوفر الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص.
- معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية
- رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات.
- يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة.
- إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج.
- التأمين الصحي الشامل لرعية طبية مميزة.

- الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي.
- التأمين الصحي على رعاية الأسنان.
- هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية.
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة.
- تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي.
- توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية.
- التأمين الصحي على حالات الولادة.
- الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم.
- حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية.
- الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم.
- يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط.

مما يعني أن فئة أفراد عينة الدراسة من ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع لا يؤيدون عبارات دالة التمايز الثانية ولا يوافقون عليها وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الحميدي (٢٠٠٠م) من أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير الدخل الشهري وتجديد الاشتراك في التأمين الصحي.

## جدول رقم (٥٤)

### معامل ارتباط دالات التمايز وفقاً لمتغير فئة المستشفيات المستخدمة

| دالات التمايز | الجذور الكامنة | نسبة ما تفسره الدالة من التباين% | النسبة التراكيمة % | معامل الارتباط | قيمة ولكز لامبدا | كا٢ | درجة الحرية | مستوى الدالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٠,٤٦٤ | ٦٢,٦ | ٦٢,٦ | ٠,٥٦٣ | ٠,٥٢٧ | ٤٦٨,٣٦٤ | ١٧٤ | صفر |
| ٢ | ٠,١٤٥ | ١٩,٥ | ٨٢,١ | ٠,٣٥٦ | ٠,٧٧١ | ١٨٩,٨٨١ | ١١٤ | صفر |
| ٣ | ٠,١٣٣ | ١٧,٩ | %١٠٠ | ٠,٣٤٢ | ٠,٨٨٣ | ٩١,٠٨٩ | ٥٦ | ٠,٠٠٢ |

من الجدول رقم (٥٤) يوضح لنا تحليل التمايز لتصنيف المجموعات حسب متغير فئة المستشفيات المستخدمة، وتبين لنا أن هناك ثلاث دالات تمايز تفسر ما نسبته ١٠٠% من التمايز بين المجموعات وكانت كالتالي:

دالة التمايز الأولى تفسر ما نسبته ٦٢,٦% من التباين وبلغت جذورها الكامنة ٠,٤٦٤ وهي دالة إحصائياً حيث أن درجة كا٢ كانت ٤٦٨,٣٦٤، أما دالة التمايز الثانية فتفسر ١٩,٥% من التباين وجذورها الكامنة ٠,١٤٥ وهي دالة إحصائياً حيث أن درجة كا٢ ١٨٩,٨٨١، بينما دالة التمايز الثالثة تفسر ١٧,٩% من التباين وجذورها الكامنة ٠,١٣٣ وهي دالة إحصائياً حيث كانت درجة كا٢ ٩١,٠٨٩، وقد كانت دالات التمايز الثلاث دالة عند مستوى دالة أقل من (٠,٠٥).

**(جدول رقم ١/٥٥)**

**تصنيف المتغيرات وفقا لمتغير فئة المستشفيات المستخدمة**

**والمكونة لكل دالة من دالات التمايز**

| | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١ | حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية | *,٨٢٧ | -,١١٣ | ,٠٠٥ |
| ٢ | مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية | *,٥٩٨ | ,١٢٩ | ,١٠٩ |
| ٥ | خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي. | *,١٢١ | ,٠٤٦ | -,٠٧٦ |
| ٤٦ | تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات. | *,١٠١ | ,٠٤٦ | -,٠٧٦ |
| ٤٢ | يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي | *,٠٨٧ | -,٠٥٤ | -,٠٦٩ |
| ٤٤ | يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها | *,٠٧١ | ,٠٣٥ | ,٠٠٤ |
| ٥٥ | التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية | -,٠١٦ | *,٣٥٦ | ,٠٧٧ |
| ٥٦ | التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة | ,٠٤٠ | *,٣١٥ | ,٢٢٦ |
| ٥٨ | التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة | ,٠٨٢ | *,٢٥٦ | ,١٩٦ |
| ٥٧ | التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | -,٠٠٥ | *,٢٤٨ | ,١٤٥ |
| ١٥ | تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات | ,٠٢٥ | *,٢٤٠ | ,٠٤٣ |
| ٢٦ | توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية. | -,٠١٩ | *-,١٩٨ | ,١٤٢ |
| ١٨ | استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص | ٠,٤٤ | *٠,٢٠٣ | -٠,١٠١ |
| ١٠ | رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات. | ٠,١٩ | *٠,١٩٨ | ٠,١٤٢ |
| ٤٨ | التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | -,٠٥٠ | *,١٨٧ | -,١٣٩ |
| ٣٦ | يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية | ,٠١٨ | *-,١٨٥ | -,١٣٦ |
| ٣٧ | يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة. | ,٠٩٠ذ | *-,١٧٦ | ,٠٤٢ |
| ٤٧ | التأمين الصحي على العمليات الجراحية | -,٠٢٣ | *,١٧٥ | -,٠٦٦ |

**تابع جدول رقم (٣/٥٥)**

| | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٤ | معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية. | ,٠٩٥ | *-,١٦٠ | ,١٥١ |
| ٢٨ | جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | ,٠٥٤ | *-,١٣٥ | ٣٨ |
| ٣٨ | يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار منخفضة. | ,٠٦٤ | *-,١٠٦ | -,٠٣٠ |
| ٥١ | التأمين الصحي على صحة العيون. | -,٠٣٠ | *,١٠٤ | -,٠٢٨ |
| ٢٧ | قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم. | ,٠٠٢ | *-,١٠٣ | -,٠٧٤ |
| ٢١ | تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات | ,٠٤٤ | *,١٠٢ | -,٠٣٣ |
| ٢٢ | تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | -,٠٢٣ | *-,٠٩٨ | ٠,٠٢٥ |
| ١٩ | تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص | -,٠٥١ | *,٠٩٧ | ,٠٤٥ |
| ٣٠ | توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي. | ,٠١٩ | *-,٠٩٧ | ,٠٢١ |
| ٢٩ | توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي | ,٠٢٠ | *-,٠٩٠ | -,٠٦٦ |
| ٤٣ | يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي. | ,٠٣٤ | *-,٠٧٥ | ,٠٢٠٢ |
| ٣١ | التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي. | -,٠٥٤ | *-,٠٦٧ | ,٠٥١ |
| ٢٤ | تعزيز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | ,٠٤٧ | *-,٠٦٥ | ,٤٤ز |
| ٤٥ | يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي | ,١٤٢ | -,١٢٠ | *,٣٤٨ |
| ٣ | هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | ,٠٠٤ | -,٠٦٣ | -*,٣٢٠ |
| ١٧ | إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية. | ,٠٣٤ | ,٠٢١ | *-,٢٧٤ |
| ١٢ | الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم | ,٠٦٦ | ,٠٤٠ | *-,٢٥٦ |

## تابع جدول رقم (٣/٥٥)

| | البيان | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ٣٣ | يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية. | -,٠٢٦ | ,٠٣٥ | *-,٢٢١ |
| ١٦ | تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي. | ,٠٤٨ | -,١٦٣ | *-,٢٠١ |
| ٤١ | يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط | -,٠٦٤ | ,١٣٩ | *-,١٩٥ |
| ٥٣ | التأمين الصحي على العلاج الطبيعي | ,٠٢٤ | -,٠٢٦٥ | *-,١٩١ |
| ١٤ | الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للؤمن عليهم. | ,٠٠٤ | ,٠٧٥ | *,٠٥١ |
| ٥٢ | التأمين الصحي على حالات الولادة. | -,٠٣٢ | ,٠٩٧ | *-,١٧١ |
| ٣٤ | يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي | ,٠٩١ | -,١١٧ | *-,١٦٠ |
| ٥٠ | التأمين الصحي على رعاية الأسنان. | -,٠١٦ | ,٠٤٤ | *-,١٢٤ |
| ٣٩ | يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات. | ,٠٢٨ | ,٠٩٠ | *-,١١٥ |
| ٣٢ | يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية. | ,٠٥٣ | ,٠٧٥ | *-,١١٣ |
| ٣٥ | يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية. | ,٠١٧ | -,٠٢٢ | *-,١٠٢ |
| ٩ | المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد أسرتك. | ,٠٢٦ | -,٠٦٠ | *-,٠٩٢ |
| ٢٥ | قدرة شركات التأمين على التغطية الطبية الكاملة. | ,٠٥٢ | ,٠٠١ | *-,٠٩١ |
| ٢٣ | إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج. | -,٠٢٥ | -,٠٠٦ | *-,٠٨٣ |
| ٤٩ | التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | -,٠٧٧ | ,٠٦٠ | *-,٠٨٢ |
| ١٣ | الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم. | -,٠١٣ | -,٠٠٢ | *,٠٧٣ |
| ١١ | السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في دعم التأمين الصحي لمنسوبيها. | -,٠٣٨ | -,٠٤٠ | *,٠٧٢ |
| ٦ | نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليه. | ,٠٢٩ | ,٠٥١ | *-,٠٧١ |
| ٥٤ | التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل). | ,٠٠٩ | -,٠٠٨ | *,٠٦٧ |
| ٢٠ | تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | ,٠٣٨ | ,٠٤١ | *-,٠٦٢ |
| ٧ | نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | -,٠٠٨ | ,٠٠٧ | *-,٠٦٠ |
| ٤٠ | يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي. | ,٠٤٤ | -,٠٢٥ | *-,٠٦٠ |
| ٨ | الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي | -٠,٢٠ | ٠,٠١٩ | *,٠٢١ |

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

بالنظر إلى الجدول رقم (٥٥) يتضح لنا أن هناك ثلاث دالات تتألف من العبارات ذات الأرقام التالية:

١- دالة التمايز الأولى وتحتوي على العبارات ذات الأرقام التالية.

(١،٢،٥،٤٦،٤٢،٤٤).

٢- دالة التمايز الثانية وتضم العبارات ذات الأرقام التالية:

(٥٥،٥٦،٥٨،٥٧،١٥،٢٦،١٨،١٠،٤٨،٣٦،٣٧،٤٧،٤،٢٨،٣٨،٥١،٢٧،٢١، ٢٢،١٩،٣٠،٢٩،٤٣،٣١،٢٤)

٣- دالة التمايز الثالثة وتضم العبارات ذات الأرقام التالية:

(٤٥،٣،١٧،١٢،٣٣،١٦،٤١،٥٣،١٤،٥٢،٣٤،٥٠،٣٩،٣٢،٣٥،٩،٢٥،٢٣،٤٩، ١٣،١١،٦،٥٤،٢٠،٧،٤٠،٨) انظر الجدول رقم (٥٥).

## جدول رقم (٥٦)

### نتائج تصنيف انتماء المجموعات إلى بعضها حسب فئة المستشفيات المستخدمة

| م | فئة المستشفيات المستخدمة | الإنتماء المتوقع للمجموعات إلى بعضهم حسب فئة المستشفيات | | | | | | | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | المستشفيات الحكومية | | المستشفيات الجامعية | | المستشفيات الأهلية | | أكثر من جهة طبية | | | |
| | | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % | ع | % |
| ١ | المستشفيات الحكومية | *٨٠ | ٤٧,١ | ٣٥ | ٢٠,٦ | ٢٩ | ١٧,١ | ٢٦ | ١٥,٣ | ١٧٠ | %١٠٠ |
| ٢ | المستشفيات الجامعية | ٤٦ | ١٣,٥ | ٢٢١ | ٦٥,٠ | ٢٩ | ٨,٥ | ٤٤ | ١٢,٩ | ٣٤٠ | %١٠٠ |
| ٣ | المستشفيات الأهلية | ١٨ | ١٦,٨ | ٩ | ٨,٤ | *٦٢ | ٥٧,٩ | ١٨ | ١٦,٨ | ١٠٧ | %١٠٠ |
| ٤ | أكثر من جهة طبية | ٢٦ | ١٧,٨ | ٣٠ | ٢٠,٥ | ٢٤ | ١٦,٤ | *٦٦ | ٤٥,٢ | ١٤٦ | %١٠٠ |

من الجدول السابق رقم (٥٦) يتضح لنا نتائج تصنيف الانتماء المتوقع بين المجموعات إلى بعضها وهي كالتالي:

- ٤٧,١% من أفراد عينة الدراسة ممن يستخدمون المستشفيات الحكومية ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة في اتجاهاتها.
- ٦٥% من أفراد عينة الدراسة ممن يستخدمون المستشفيات الجامعية ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة في اتجاهاتها.
- ٥٧,٩% من أفراد عينة الدراسة ممن يستخدمون المستشفيات الأهلية ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة في اتجاهاتها.
- ٤٥,٢% من أفراد عينة الدراسة ممن يستخدمون أكثر من جهة صحية ينتمون إلى نفس المجموعة وهي مجموعة متميزة في اتجاهاتها.

**جدول رقم (٥٧)**

**دالات التمايز حول مركز المجتمع**

| م | فئة المستشفيات المستخدمة | دالات التمايز | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ١ | ٢ | ٣ |
| ١ | المستشفيات الحكومية | ٠,٤٩٨ | ٠,٦٤١ | ٠,١١٣ |
| ٢ | المستشفيات الجامعية | ٠,٧٢٥ | *٢,٧٠ | ٠,١١٥ |
| ٣ | المستشفيات الأهلية | ١,٠٣ | ٠,٣٥٣ | ٠,٦٢٧ |
| ٤ | أكثر من جهة طبية | ٠,٣٥٥ | ٠,٤٢٦ | ٠,٥٩٦ |

بالنظر إلى الجدول السابق رقم (٥٧) ومن خلال تحليل دوال التمايز حول مركز المجتمع نجد أن معظم دوال التمايز قريبة من المركز (صفر) ما عدا دالة التمايز الثانية عند نقطة ٢,٧٠ والتي تميز أفراد الدراسة المستخدمة للمستشفيات الجامعية إيجابا حيث أن هذه الدالة تتألف من العبارات التالية:

- التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية
- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة
- التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات
- توافر خبرات كافية لدى شركات التأمين لتقديم الخدمات الطبية.
- استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص
- رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي والمستشفيات.
- التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد.
- يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية
- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية
- معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.
- جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- يشكل دعما ماليا للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار منخفضة.
- التأمين الصحي على صحة العيون
- قدرة شركات التأمين على كسب ثقة المؤمن عليهم.
- تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات
- تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية.
- تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص
- توافر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي.
- توافر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التأمين الصحي

- يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي.
- التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التأمين الصحي.
- يعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين.
- يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي

مما يعني أن أفراد عينة الدراسة المستخدمين لفئة المستشفيات الجامعية يؤيدون نظام التأمين الصحي الجامعي ويطالبون بالخدمات الطبية التأمينية الكمالية ويوافقون على التسهيلات المادية والإدارية والارتقاء بجودة الخدمات الطبية من خلال التأمين الصحي.

وهذه النتائج تتفق مع دراسة دوقلاس (DougLas, 1979) من أن اتجاهات منسوبي جامعة يوتا نحو الخدمات الصحية الجامعية وتكاليفها مقبولة ومفضلة من الجميع مع حرية اختيار برامج التأمين الصحي.

**الخلاصة:**

من خلال استعراض النتائج في ضوء المتغيرات الأولية لأفراد عينة الدراسة يظهر أن أعضاء هيئة التدريس في كل جامعة يفضلون تعدد البدائل فيما يتعلق بالتأمين الصحي حيث نجد أنهم يفضلون أن يكون هناك تأمين صحي مدعوم من قبل الدولة، كما أنهم يفضلون الأخذ أولا بنموذج التامين الصحي الجامعي من خلال المستشفيات الجامعية في تلقي الخدمات الطبية، ثم قيام الجامعة بدور الوسيط في تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها، ثم النموذج المشترك من خلال تقديم الجامعات للخدمات الطبية الأولية لمنسوبيها مجانا مع اشتراك الأفراد في التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة، وأخيرا نموذج التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي.

# الفصل الخامس

# مناقشة النتائج والخلاصة والتوصيات والمقترحات

أولاً: مناقشة النتائج.

ثانياً: الخلاصة.

ثالثاً: التوصيات.

رابعاً: المقترحات.

## - المصادر و المراجع

أولا: المصادر.

ثانيا: المراجع

1) قائمة المراجع العربية.

2) قائمة المراجع الأجنبية.

## - ملاحق الدراسة

# الفصل الخامس

## أولاً: مناقشة النتائج:

قام الباحث بإجراء التحليل الوصفي وظهرت نتائج جديرة بالمناقشة لها أهمية في وضع الخطط المستقبلية للتأمين الصحي ومن خلال التحليل الوصفي لمجتمع الدراسة وإستجابة أفراد عينة الدراسة خرج الباحث بعدة نتائج من أهمها.

١) أن مجتمع الدراسة وهم أعضاء هيئة التدريس الذكور في الجامعات السعودية مجتمع غير متجانس من حيث الرتبة العلمية ومصدر الحصول على الشهادة وسنوات الخبرة والفئات العمرية وحجم الأسرة والمستوى الاقتصادي ونوع الخدمات الطبية التي يتلقونها ويفضلونها.

٢) أن مجتمع الدراسة يختلف في نظرته للتأمين الصحي ودرجة استخدامه للخدمات الصحية الجامعية واتجاهاته نحو مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات الجامعية واتجاهاته نحو الاستمرار في الحصول على الخدمات الجامعية دون تأمين صحي، ومعلوماته عن التأمين الصحي وخبرته في التعامل مع التأمين الصحي. انظر جدول رقم (١٨).

٣) ومع عدم تجانس المجتمع إلا أن الاتجاه السائد هو موافقة معظم أفراد عينة الدراسة على تغطية التأمين الصحي الشامل، وأن يكون نظام التأمين الصحي نظاما جماعيا، من قبل الجامعة كجهة مقدمة لخدمات التأمين الصحي، وأن تكون قيمة الاشتراك أقل من ألفي ريال للمشترك يتم حسمها من الراتب مباشرة وأن تسهم الجامعة في دعم التأمين الصحي الجامعي بمبلغ يعادل بدل علاج كل فرد.

٤) أظهرت نتائج هذه الدراسة إيجابية وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس السعوديين بالجامعات نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية والتي تتمثل في:

١) موافقة معظم أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بدور الوسيط في عملية تقديم خدمات التأمين الصحي الجامعي لمنسوبيها، كانت موافقة فوق المتوسط بلغت (٤,١٢) درجة.

٢) موافقة معظم أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بتقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية، كانت موافقة فوق المتوسط بلغت (٤,٠٠) درجة.

٣) موافقة معظم أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين الصحي، كانت موافقة فوق المتوسط بلغت (٣,٩) درجة.

٤) موافقة معظم أفراد عينة الدراسة على قيام الجامعات بتقديم الخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجانا مع اشتراكهم في التأمين الصحي الاختياري للخدمات الطبية المتقدمة، كانت موافقة فوق المتوسط بلغت (٣,٦٤) درجة.

ونتائج هذه الدراسة تتفق مع دراسة وزارة الصحة القطرية (١٩٩٤م) التي توصلت إلى أن هناك أربعة بدائل للتأمين الصحي وهي:

فرض رسوم على الخدمات العلاجية ونظام البطاقة الصحية الجزئية ونظام البطاقة الصحية الشاملة ونظام التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الصحي.

والنتائج السابقة تقوم على مبدأين من مبادئ المنفعة الاقتصادية أحدهما أن المؤمنين يفضلون تقديم عدة خيارات من بدائل التأمين الصحي وأن المؤمن عليهم يفضلون أيضا أن يكون هناك أكثر من بديل وذلك للحصول على خدمات جيدة وبأسعار منافسة (Gleen, 1987) و (Bokemeier, 1996).

٥) يظهر من تحليل النتائج كما ذكر (Bokemeier, 1996) سابقا أن من الأشخاص من يركز على المنفعة الصحية ومنهم من يركز على البرامج الصحية عند الاختيار بين بدائل التأمين الصحي، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة الحالية أن منسوبي جامعة أم

القرى وجامعة الملك عبدالعزيز وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية يعطون أهمية لبرامج ومنافع التأمين الصحي مثل:

- التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة.
- التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة.
- التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي.
- التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية.
- التأمين الصحي على العمليات الجراحية.

أما فيما يتعلق بالمنافع فإنهم ينظرون للتأمين الصحي من حيث إنه:

- يوفر سيولة لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية.
- يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة.
- يوفر سيولة لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية.
- يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي.
- يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية.
- يوفر دخلا ماليا لمساندة الخدمات التعليمية الطبية.

أما منسوبو جامعة الملك سعود وجامعة الملك فيصل فيرون أن للتأمين الصحي أثرا إيجابيا على الخدمات التعليمية والتدريبية ويمكن أن يوظف لخدمة تلك البرامج التعليمية بالإضافة إلى تقديم الخدمات الطبية لمنسوبي الجامعات. وينظرون نظرة إيجابية إلى التأمين الصحي من جهة خارجية مع قيام الجامعة بدور الوسيط، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة صادق (١٩٩٣م) ورضوان (١٩٩٧م) من أن التأمين الصحي يفسح المجال للقطاع الخاص ليتولى مسؤولية تقديم الخدمات الطبية تمشيا مع الاتجاه العام نحو الخصخصة أو المناداة بالتكامل والمزج بين الاتجاهين وذلك لضعف مستوى أداء الجهاز الحكومي في مجال الخدمات الصحية.

٦) تشير النتائج إلى أن منسوبي الجامعـات يفضلـون أن يكـون للجامعـات دور أكبر فـي تقديم خدمات التأمين الصحي لهم وذلك من خلال التأمين الصحي من قبل المستشفيات الجامعية (التأمين الجامعي) أو من خلال قيام الجامعات بدور الوسيط في تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها وذلك للثقة الكبيرة التي يوليها منسوبو الجامعات للأنظمة الجامعية التي تكفل لهم حق التمتع برعايـة طبيـة مميزة وحمايتـهم وحفـظ حقوقـهم الطبية، أو من خلال تقديم الجامعات للخدمات الطبية الأولية مجانا مع اشتراك الأفراد في التأمين الصحي للخدمات الطبية المتقدمة. وهذا ما يؤكده رضوان (١٩٧٩م) مـن أن التـأمين الصحـي يوفـر أنمـاطـا عديـدة مـن الرعايـة الصحيـة تتناسـب مـع رغبـات المؤمن عليهم وتتناسب مع قدراتهم المالية.

٧) يوجد اختلاف بين اتجاهات فئـات أفـراد عينـة الدراسـة نحـو منـافع وبرامـج التـأمين الصحي الطبية.

٨) تشير النتائج إلى عدم إدراك معظم أفراد عينة الدراسة لمنـافع ومزايـا بدائـل التـأمين الصحـي وأنواعـه وإيجابياتـه وسلبياته وقلـة المعلومـات لديـهم عن نظـام التـأمين الصحي.

ومن التطبيقات التي يمكن أن نخرج بها من هذه الدراسة ما يلي:

١) التأمين الصحـي يرتكز على ثلاثة أبعاد رئيسة يمكن اعتبارها كنماذج وهي: المنفعـة، والبرنـامج الصحي والجهة المقدمة للتأمين الصحي، مما يعني أن عملية الاختيار من بين البدائل تتوقف على المنفعـة ونوعيـة برنـامج التـأمين الصحـي والجهـة المقدمـة للتأمين الصحـي.

٢) التأمين الصحي ينبغي أن يكون متعدد البدائل بالنسبة لمنسوبي الجامعات نظـرا لعدم تجـانس المجتمـع فـي الجامعـات لأنـه يختلـف فـي مسـتوياته العلميـة والثقافيـة والاقتصادية.

٣) التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات يتأثر بنوعية الخدمات الطبية المتوافرة في الجامعات، فالتأمين الصحي لمنسوبي الجامعات ذات المستشفيات الجامعية يختلف عن التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات التي لا توجد بها مستشفيات جامعية.

٤) طبيعة ثقافة كل جامعة لها تأثير على اتجاهات أعضاء هيئة التدريس فاتجاهات الجامعات التي تركز على العلوم النظرية تختلف عن اتجاهات الجامعات التي تركز على العلوم التطبيقية.

٥) توقعات أعضاء هيئة التدريس فيما يتعلق بالمنافع التي يتوقعونها من التأمين الصحي تختلف من جامعة إلى جامعة، حيث توجد جامعات ذات توقعات مرتفعة فيما يتعلق بمنافع وبرامج التأمين الصحي وجامعات منخفضة التوقعات.

٦) تعكس هذه الدراسة تباينا في طموحات أعضاء هيئة التدريس ففي الحين الذي يطمح فيه البعض إلى خدمات الطب الاتصالي والتأمين على العلاج خارج المملكة نجد أن البعض لا يتوقع أكثر من تقديم الخدمات الطبية الأساسية.

٧) أوضحت هذه الدراسة موافقة أعضاء هيئة التدريس في الاشتراك في التأمين الصحي إلا أنهم يرون أن قيمة الاشتراك في التأمين الصحي عالية جدا ويقترحون دعم قيمة الاشتراك في التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات وتابعيهم.

## ثانياً: الخلاصـــــــــة:

في إطار ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة يقدم الباحث عدة نتائج من أهمها:

١) عدم تجانس أفراد العينة من حيث المستوى العلمي والاقتصادي ومصدر الشهادة والخلفية الصحية ونوعية الخدمات الطبية التي يتلقاها وحجم الأسرة.

٢) يفضل أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية تعدد بدائل التأمين الصحي.

٣) التأمين الصحي له منافع متعددة ولذلك يؤيد أعضاء هيئة التدريس تطبيق البدائل المطروحة في هذه الدراسة لأن لكل بديل منافعه الطبية.

٤) تعدد المنافع يتطلب تعدد البدائل للتأمين الصحي حيث أن لكل بديل منافعه التي تختلف عن بقية البدائل.

٥) الجامعات السعودية الثمان تمثل كل جامعة منها مجموعة مميزة عن بقية الجامعات ما عدا جامعة أم القرى وجامعة الملك فهد والجامعة الإسلامية فهذه لا تمثل جامعات مميزة لأن نسبة من ينتمون لنفس المجموعة أقل من ٣٠%.

٦) اتجاهات معظم أفراد عينة الدراسة إيجابية فيما يتعلق ببدائل التأمين الصحي ومنافع التأمين الصحي.

٧) يفضل أعضاء هيئة التدريس أن تلعب الجامعات دورا رئيسا في تقديم خدمات التأمين الصحي أما كمقدم لخدمات التأمين الصحي من خلال المستشفيات الجامعية أو كوسيط أو كمساند في تقديم الخدمات الطبية الأولية مجانا لمنسوبيها.

## ثالثا: التوصيات:

في ضوء نتائج واستخلاصات هذه الدراسة فإن الباحث يوصي بما يلي:

١) على كل جامعة من الجامعات السعودية أن تضع برنامج تأمين صحي يتلائم مع رغبات منسوبيها.

٢) على كل جامعة أن تقدم عدة بدائل للتأمين الصحي لمنسوبيها ليتمشى مع عدم التجانس بين أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الواحدة حيث يختلف أعضاء هيئة التدريس من حيث المستوى الاقتصادي والمستوى التعليمي وحجم الأسرة ومصدر الحصول على الشهادة ونحو ذلك.

٣) على الجامعات أن تدرس الخيار الأفضل بين القيام بدور المقدم للتأمين الصحي أو الوسيط أو المساند لتقديم الخدمات الطبية الجامعية.

٤) أهمية أن تكون رسوم التأمين الصحي مدعومة ومشجعة ويمكن تسديدها بطريقة سهلة وميسرة وتحسم من الراتب الشهري.

٥) ضرورة أن تكون رسوم التأمين الصحي مساوية ومقاربة لمتوسط كلفة علاج الفرد على حساب الجامعة للخدمات الصحية الأولية.

٦) أهمية أن تقوم الجامعات بتقديم التأمين الصحي على منسوبيها بما لا يزيد عن متوسط كلفة الفرد وما زاد عن ذلك من خدمات طبية يقوم الفرد بدفع تكاليف ما يرغبه من خدمات إضافية.

٧) العمل على تقديم برامج التأمين الصحي المتعددة الخيارات لمختلف المستويات والدرجات من منسوبي الجامعات لبرامج التأمين على الخدمات الطبية الأولية والتأمين على العمليات الجراحية والتأمين على الطب الاتصالي والتأمين على العلاج خارج المملكة.

٨) علـى الجامعـات السـعودية أن تطبـق التصنيفـات التاليـة فيمـا يتعلـق بـبرامج التـأمين الصحي كالتأمين لخدمة طبية شاملة والتأمين لخدمة طبية جزئيــة والتـأمين لخدمـات طبية أولية وإعطاء منسوبي الجامعات فرصة تعدد بدائل التأمين الصحي لاختيـار مـا يناسب خصائصهم واتجاهاتهم.

٩) الاهتمام بالإعلام الصحي وتضمينه بالمعلومات والمزايا والمنافع التي توضح أهميـة التأمين الصحي وعائده الصحي والاجتماعي والتربوي علـى المشـتركين حتـى يكـون ذلك دافعا لقبوله وتطبيقه.

## رابعا: المقترحـــات:

تعتبر هـذه الدراسـة بدايـة لأبحـاث مستقبلية تـهتم بالتـأمين الصحـي فـي الجامعـات السعودية والقطاعات التعليمية الأخرى ويقترح الباحث:

١) إجراء دراسة مماثلة عن بدائل تمويل التأمين الصحي في ميادين أخرى مثل.

- كليات البنات.
- كليات المعلمين.
- مؤسسات التعليم العام.
- الكليات التقنية.

٢) إجراء دراسات حول تجارب بدائل التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.

٣) استخدام مناهج بحث أخرى غير الأسلوب المسحي المتبع في هذه الدراسـة لدراسـة بدائل التأمين الصحي.

تم بحمد الله أولاً وأخيراً،،،

# المصادر والمراجع

أولاً: المصادر.

ثانياً: المراجع.

١) قائمة المراجع العربية.

٢) قائمة المراجع الأجنبية.

# المصادر والمراجع

## أولاً: المصادر:

القـــرآن الكريـــم.

السنة النبويـــــــة.

## ثانيا: المراجع:

### ١) قائمة المراجع العربية:

### أ) الكتب والدوريات:


١) ابن ثنيان، سليمان بن إبراهيم، **التأمين وأحكامه**، ط١، دار العواصم المتحدة، بيروت، ١٤١٤هـ.

٢) ابن سعيد، خالد بن سعد، **التأمين الصحي التعاوني**، ط١، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، ١٤٢١هـ.

٣) ابن فارس، أبوالحسين أحمد بن فارس بن زكريا، ٣٩٥هـ، **معجم مقاييس اللغة**، تحقيق عبدالسلام هارون، دار إحياء الكتب العربية، مطبعة عيسى البابي الحلبي بمصر، (د.ت).

٤) الأصفهاني، أبو القاسم الحسين بن محمد الأصفهاني ٥٠٤هـ، **غريب القرآن**، تحقيق وضبط محمد سيد كيلاني، مكتبة ومطبعة البابي الحلبي بمصر، الطبعة الأخيرة، ١٣٨١هـ.

٥) بالغيوم، فوزية، **تصور عينة مختارة من الأفراد نحو تبني برنامج التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإدارية، برنامج إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود، ١٩٩٦م.

٦) البركاوي عبدالفتاح، **مختار الصحاح**، دار المنار، مكة المكرمة، ١٤١١هـ.

٧) البكر، محمد سالم، **تجربة المملكة العربية السعودية والتأمين الصحي، أنماط التأمين الصحي وتطبيقاته**، ندوة التخطيط الصحي الثامنة، الكويت، ١١-١٣ أبريل، ١٩٩٤م.

٨) برعي، حسين محمد، **التأمين الصحي المفهوم والتطبيق والدروس المستفادة**، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، العدد (٣٥)، ١٩٩٦م، القاهرة.

٩) بوعلي، عيسى عبدالله، **التأمين الصحي وتجربة دولة البحرين**، انماط التأمين الصحي وتطبيقاته، ندوة التخطيط الصحي الثامنة، الكويت، ١١-١٣ أبريل ١٩٩٤م.

١٠) بلتاجي، محمد، **عقود التأمين من وجهة الفقه الإسلامي**، دار العروبة، الصفاة، الكويت، ١٩٨٢م.

١١) بني، فارس فريد، **التأمين الصحي والعيادات الشعبية في العراق**، معهد الإدارة، قسم إدارة المستشفيات، مطبعة المعاهد الفنية، الزعفرانية، بغداد، ١٩٨٦م.

١٢) الترتوري، **التأمين الصحي في الفقه الإسلامي**، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد (٣٦)، ١٤١٩هـ.

١٣) الجار الله، ناصر علي، **تغطية التأمين الصحي للعاملين في القطاع الخاص بالمملكة العربية السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة كلية العلوم الإدارية، برنامج إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود، ١٩٩٥م.

١٤) آل جادان، عادل فهد، **أنماط التأمين الصحي في القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإدارية، برنامج إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود، ١٩٨٨م.

١٥) حسن، مدحت عبدالعزيز، **إستراتيجيات التمويل والتأمين الصحي**، أنماط التأمين الصحي وتطبيقاته، ندوة التخطيط الصحي الثامنة، الكويت، ١١-١٣ أبريل، ١٩٩٤م.

١٦) الحميدي، يحي عبده، **العوامل المؤثرة في تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر المؤمن عليه**، رسالة ماجستير غير منشورة ـ كلية العلوم الإدارية، برنامج إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود، ٢٠٠٠م.

١٧) دروش، مهدي، **دور نظم التأمينات والمساعدات الاجتماعية في كفالة الخدمة الضمانية لخلق الاستقرار والسلم الاجتماعي**، ١٩٩٤م.

١٨) الربيعة، عثمان عبدالعزيز، **أهداف ومبررات الضمان الصحي**، أسس تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني ـ وزارة الصحة، الإصدار الثاني، ١٤٢٠هـ.

١٩) رضوان، محمد رفعت، **التوجه المستقبلي للتأمين الصحي في مصر مع مشارف القرن الحادي والعشرين**، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، المجلد الخامس، العدد (١)، ١٩٩٧م.

٢٠) ركن، مروان أحمد، **نفقات التأمين الصحي للأفراد في المستشفيات الخاصة بجدة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإدارية، برنامج إدارة الصحة والمستشفيات، جامعة الملك سعود، ١٩٩٦م.

٢١) رمضان، زياد، **مبادئ التأمين**، دراسة عن واقع التأمين، ط١، دار صفاء للنشر، عمان، ١٩٩٨م.

٢٢) الزرقاء، مصطفى، **نظام التأمين حقيقته والرأي الشرعي فيه**، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط١، ١٩٨٤م.

٢٣) الساعاتي، عبدالإله، **رؤية تحليلية متأنية**، أسس تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، وزارة الصحة، الإصدار الأول، ١٤٢٠هـ.

٢٤) الساعاتي، عبدالإله، مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتـها، مكتبـة الملك فـهد الوطنية للنشر، الرياض، ١٤٢٠هـ.

٢٥) السقا، عـادل ورفعت رضـوان، التـأمين الصحـي الاجتمـاعي والدعـوة إلــى إنشاء اتحاد عربي لـه، العدد (٤٤)، القاهرة، ١٩٩٩م.

٢٦) السقا، عادل مصطفى، التأمين الصحي الاجتماعي، إيجابياته أهم المشاكل ـ الرؤيـة المسـتقبلية، مجلـة التـأمين الصحـي الاجتمـاعي، العدد (٤٤)، القــاهرة، ١٩٩٩م.

٢٧) السـويلم، عبدالرحمـن، أنمـاط التـأمين الصحـي وإمكانيـة تطبيقـه فــي دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، الجوبة، العدد (٧)، ١٤١٥هـ.

٢٨) شبكشي، أسامة بن عبدالمجيد، الفوائد التي ترتجي من تطبيق نظـام التـأمين الصحي ـ أسس تطبيق نظام الضمـان الصحـي التعـاوني، وزارة الصحـة، الإصـدار الثانـي، ١٤٢٠هـ.

٢٩) شحاته، محمد إبراهيم، ملاءمة نظام التأمين الصحـي وكيفيـة تطبيقـه، نـدوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص، الرياض، ٢٣ـ٢٤ نوفمبر، ١٩٩٦م.

٣٠) صادق، هدى أحمد، تطوير الخدمات الصحية المقدمة للعاملين فـي الجـهاز الإداري للدولـة، الإدارة، مجلة اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، المجلد (٢٦).

٣١) عبدالفتاح، حسن، النظم المختلفة للتأمين الصحي مقارنـة بـالنظم العالميـة، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، العدد (٢٣)، القاهرة، ١٩٩٣م.

٣٢) عبدربه، إبراهيم علي، **تقييم تجربة التأمين الصحي الاجتماعي في جمهورية مصر العربية**، رسالة ماجستير في التأمين الصحي، كلية التجارة، قسم الرياضة والتأمين، جامعة القاهرة، ١٩٧٣م.

٣٣) عبدالله، سلامه، **الخطر والتأمين**، مطبعة جامعة القاهرة، الكتاب الجامعي، ط٦، القاهرة، ١٩٨٠م.

٣٤) عز، عادل عبدالحميد، **التأمين الصحي في الجمهورية اللبنانية**، جامعة بيروت العربية، ١٩٧٠م.

٣٥) عليان، شوكت محمد، **التأمين في الشريعة والقانون**، ط٣، دار الشواف، الرياض، ١٩٩٦م.

٣٦) العجمي، حسين يوسف، **التأمين الأسس والممارسة**، معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية، ١٩٩٨م.

٣٧) العمر، بدران ورياض الربيعة، **التأمين الصحي إيجابياته وسلبياته**، تجربة المستشفيات الخاصة في التعامل مع الجهات المسئولة عن التامين الصحي في المملكة العربية السعودية، ندوة التأمين الصحي والضمان الصحي، البحرين، ١٩٩٨م.

٣٨) العمير، صالح ناصر، **دور شركات التأمين في نظام التأمين الصحي وتجربة الشركة الوطنية للتأمين التعاوني**، ندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص، الرياض، ١٩٩٦م.

٣٩) غطاس، نبيه، **معجم مصطلحات الاقتصاد والمال وإدارة الأعمال**، مكتبة لبنان، ١٩٨٥م.

٤٠) غيث، محمد عاطف، **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦م.

٤١) الفنجري، محمد شوقي، **التعاون لا الاستغلال أساس عقد التأمين الإسلامي**، الإسلام والتأمين، ط٢، عكاظ للنشر والتوزيع، جده، ١٩٨٤م.

٤٢) الفنيسان، **التأمين الصحي في المنظور الإسلامي**، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد (٣١)، ١٩٩٧م.

٤٣) لطفي، طلعت إبراهيم، **الاتجاهات الحديثة في الرعاية الاجتماعية لعمال الصناعة في ظل الخصخصة**، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، المجلد (٧)، العدد (٢)، القاهرة، ١٩٩٩م.

٤٤) محمود، صلاح الدين، **التأمين الصحي والخروج من المأزق**، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، العدد (٣٥)، القاهرة، ١٩٩٦م.

٤٥) مرقه، أسحق وآخرون، **الصحة في الأردن: واقع وتطلعات**، دار الفارسي للنشر والتوزيع، ط١، عمان، ١٩٩٩م.

٤٦) المصري، محمد رفيق، **التأمين وإدارة الخطر، تطبيقات على التأمينات العامة**، دار زهران للنشر، عمان، ١٩٩٨م.

٤٧) ناصر، محمد جودت، **إدارة أعمال التأمين بين النظرية والتطبيق**، ط١، مجدلاوي للطباعة والنشر، عمان، ١٩٩٨م.

٤٨) النمر، سعود محمد، **السلوك الإداري**، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٠م.

٤٩) نصار، محمد محمود، **دور التأمين الصحي الاجتماعي في تخطيط الرعاية الطبية**، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، العدد (٧) القاهرة، ١٩٨١م.

٥٠) وزارة الصحة القطرية، **أنماط التأمين الصحي وتطبيقاته**، ندوة التخطيط الصحي الثامنة، ١٩٩٤م، الكويت.

## ب) المطبوعات والنشرات:

١) التأمينات الاجتماعية، الدليل الإحصائي، مطابع دار الهلال، الرياض، ١٤٢١هـ.

٢) التعاونية للتأمين، نتائج سوق التأمين السعودي، التقرير السنوي، ١٩٩٩م.

٣) جامعة أم القرى، التقرير السنوي، مطابع جامعة أم القرى، مكة المكرمة، ١٤١٩هـ.

٤) جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، دليل أعضاء هيئة التدريس والمحاضرين والمعيدين، مطابع جامعة الإمام، الرياض، ١٤٢١هـ.

٥) جامعة الملك عبدالعزيز، نشرة مركز المعلومات والاحصاء، ١٤٢٢هـ.

٦) جريدة عكاظ، العدد ١٢٥٧٤، الاثنين، شهر ذي القعدة، ١٤٢٢هـ.

٧) وزارة التخطيط، خطة التنمية السادسة، ١٤١٥- ١٤٢٠هـ، مطابع وزارة التخطيط، الرياض، ١٤١٦هـ.

٨) وزارة الصحة، أسس تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، الإصدار الأول، ١٤٢٠هـ.

٩) وزارة الصحة، أسس تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، الإصدار الثاني، ١٤٢٠هـ.

١٠) وزارة الصحة، الكتاب الإحصائي السنوي، ١٤٢١/١٤٢٢هـ.

٢) **قائمة المراجع الأجنبية:**


1. Arizona University, **featured spotlight,** http/www Arizona. edu/spotlight, 2001.
2. Auburn University, **Health insurance,** http/www UA. edu/html, 2000.
3. Banthin, Jessica: **Choice of Health insurance and Models of Decision-Making under uncertainty (Medicare),** PHD University of Maryland College Park, 1992.
4. Bastyr University, **Employee Benefit information,** http/www bastyr. edu/asp. 2001.
5. Bhargavan, Mythreyi: **The effect of employer-provided health insurance on Labor Market participation,** PHD University of New Jersey, 2000.
6. Bundorf, Mary Kate: **Employee demand for health insurance and employer health benefit choices,** PHD University of Pennsylvania, 2000.
7. Buresh, Alana Dee: **Astudy of health insurance Coverage and health care Utilization in north Dakota (Rural Health)** PHD University of Oregon state, 1997.
8. California University, Berkeley, **Human Resources,** http/hr web, berkeley. edu/benefits/roles. Htm, 2001.
9. Cornell University, **health insurance requirements** for visitors, http/www. Isso. Cornell. edu/html, 2000.
10. Douglas, Hammer: **University of Utah Student Health Service Population Analysis,** Eric, MSU Libraries, 1974.

11. Dunn, Robert Wesl̀ey: **Health insurance Alternatives for illiois school Districts,**PHD University of Southern illinois, 1983.

12. Georgia University, **Personnel Handbook,** http/www Uga. edu/handbook/Life insurance. Html,1991..

13. Gleen, Darrell: **Choice Among Discrete Health Insurance Alternatives,** PHD University of Kentucky, 1987.

14. Houston University, **health select benefits, http/**www. Uh. edu/benefits/insur, 2000.

15. Hysaw, Minnie Johnson: **Student Health Programs at Selected Public Universities,** PHD University of Southern illinois, 1986.

16. Jackson, Donalde: **Health insurace program procedures and practices of school Districts and Selected Businesses in Missouri,** EDD, dissertation the University of Missouri, 1988.

17. Li, Chu-shiu: **Health Insurance Contracts and Information Costs,** PHD the Claremont Graduate School, 1997.

18. Maine University, **Health insurance Changes,** http/umpsa. Eece. Maine. edu/health.html, 2000.

19. Ma, yu-Luen: **Premium Cross-Subsidization and Choice in the group health Insurance Market,** PHD University of Wisconsin-Madison, 1999.

20. Miami University, **student health insurance,** http/www. Muohio. edu, 2000..

21. Michigan University, **Benefits information,** http/www/MSU, edu/2000.

22. Montana State University, **student health center**/http/www/ MSU/edu/1999.

23. North Western University, **student health service,** http/www. Nuhs, north western, edu/html, 2000.

24. Purdue University, **Domestic student insurance overview,** http/www. Purdue edu/student Ins/1998.

25. Simon, Kosali: **The impact of small-group health Insurance reform,** PHD, University of Maryland College, 1999.

26. South Carolina University, **Health insurance,** http/www/USC. edu/student-affairs/health insurance, html, 2000.

27. Stanford University, **Health insurance solution offered,** http/sanjose journals com, 2001.

28. Technology University, **Curtin Health Service,** http/www/otl. Curtin.cdu.au, 1999.

29. Toronto University, **Health insurance plans,** http/www Library. U toronto/insure.htm, 2000.

30. Trujillo Antonio J: **Selection by health Status and Medical Care Use in social health Insurance with an equalization fund,** PHD University of north Carolina, 2000.

31. Wouters, Annemarie: **Consumer choice of health insurance:** PHD University of Boston, 1987.

32. Wyoming University, **Health insurance University,** http/www.uwyo.cdu/html, 1999.

# ملاحق الدراسة

# الملحق رقم (١) نص نظام الضمان الصحي التعاوني

# المرسوم الملكي

## رقم (م/١٠) وتاريخ ١/٥/١٤٢٠هـ

بعون الله تعالى

باسم خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبد العزيز آل سعود نحن عبد الله بن عبد العزيز آل سعود

نائب ملك المملكة العربية السعودية

وبناء على الأمر الملكي رقم (أ/٦٧) وتاريخ ٤/٤/١٤٢٠ هـ

وبناء على المادة السبعين من النظام الأساسي للحكم الصادر بالأمر الملكي رقم (أ/٩٠) وتاريخ ٢٧/٨/١٤١٢ هـ.

وبناء على المادة العشرين من نظام مجلس الوزراء الصادر بالأمر الملكي رقم (أ/١٣) وتاريخ ٣/٣/١٤١٤هـ.

وبناء على المادة الثامنة عشرة من نظام مجلس الشورى الصادر بالأمر الملكي رقم (أ/٩١) وتاريخ ٢٧/٨/١٤١٢هـ.

وبعد الاطلاع على قرار مجلس الشورى رقم (١٧/٤٣/٣٧) وتاريخ ٣٠/١٠/١٤١٧هـ .وبعد الاطلاع على قرار مجلس الوزراء رقم (٧١) وتاريخ ٢٧/٤/١٤٢٠هـ.

رسمنا بما هو آت:

أولا: الموافقة على نظام الضمان الصحي التعاوني بالصيغة المرفقة بهذا.

ثانيا: على سمو نائب رئيس مجلس الوزراء والوزراء كل فيما يخصه تنفيذ مرسومنا هذا،،

**عبد الله بن عبد العزيز**

# قرار مجلس الوزراء

## رقم (٧١) وتاريخ ٢٧/٤/١٤٢٠هـ

ان مجلس الوزراء

بعد الاطلاع على المعاملة الواردة من ديوان رئاسة مجلس الوزراء برقم ٨/١٤٧ وتاريخ ١٢/٣/١٤١٨هـ المشتملة على خطاب معالي وزير الصحة رقم ٣٩/٨٢٥ وتاريخ ١/٨/١٤١٤هـ المتضمنة طلب معاليه تطبيق الضمان الصحي التعاوني على جميع المقيمين من غير المواطنين.

وبعد الاطلاع على المحضر رقم (٣١) وتاريخ ١٩/٣/١٤١٦هـ المعد في هيئة الخبراء.

وبعد النظر في قرار مجلس الشورى رقم (١٧/٤٣/٣٧) وتاريخ ٣٠/١٠/١٤١٧هـ.

وبعد الاطلاع على المحضرين رقم (٢٩) وتاريخ ١٣/٢/١٤١٩هـ ورقم (١٠٣) وتاريخ ٥/٤/١٤٢٠هـ المعدين في هيئة الخبراء.

وبعد الاطلاع على توصية اللجنة العامة لمجلس الوزراء رقم (٢٠٩) وتاريخ ١٣/٤/١٤٢٠هـ.

يقرر مايلي:

١- الموافقة على نظام الضمان الصحي التعاوني بالصيغة المرفقة بهذا.

وقد أعد مشروع مرسوم ملكي بذلك صيغته مرفقة بهذا.

٢- أ- تشكل لجنة وزارية تضم كلا من وزير الصحة، ووزير المالية والاقتصاد الوطني، ووزير التخطيط، ومعالي وزير الدولة عضو مجلس الوزراء الدكتور محمدآل الشيخ، ومعالي وزير الدولة عضو مجلس الوزراء الدكتور مطلب النفيسة لدراسة الاقتراح الخاص بصرف المبالغ التي يتم الحصول عليها مقابل ماتقدمه المرافق الصحية الحكومية من خدمات صحية للمستفيدين من الضمان الصحي لمواجهة النفقات الاضافية لتقديم هذه الخدمات وتحسين الخدمات الصحية لهذه المرافق والرفع بما يتم التوصل اليه، خلال ستة أشهر من تاريخ صدور نظام الضمان الصحي التعاوني.

ب - تشكل لجنة في هيئة الخبراء لإعداد دراسة حول مدى إمكانية تطبيق هذا النظام على السعوديين لدى الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد.

ج- تقوم وزارة الصحة بإعداد دراسة حول مدى إمكانية إيجاد تنظيم يمكن بموجبه استفادة جميع المواطنين من الضمان الصحي التعاوني.

**نائب رئيس مجلس الوزراء**

# نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بقرار مجلس الوزراء

## رقم (٧١) بتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧ هـ الموافق ١٩٩٩/٨/١١م

### المادة الأولى:

يهدف هذا النظام إلى توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين في المملكة، ويجوز تطبيقه على المواطنين وغيرهم بقرار من مجلس الوزراء.

### المادة الثانية:

تشمل التغطية بالضمان الصحي التعاوني جميع من ينطبق عليهم هذا النظام وأفراد أسرهم وفقا لما جاء في الفقرة (ب) من المادة الخامسة.

### المادة الثالثة:

مع مراعاة مراحل التطبيق المشار اليها في الفقرة (ب) من المادة الخامسة وما تقضي به المادتان الثانية عشرة والثالثة عشرة من هذا النظام يلتزم كل من يكفل مقيماً بأن يشترك لصالحه في الضمان الصحي التعاوني.

ولايجوز منح رخصة الإقامة، أو تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحي التعاوني، على أن تغطي مدتها مدة الإقامة.

### المادة الرابعة:

ينشأ مجلس للضمان الصحي برئاسة وزير الصحة وعضوية:

أ) ممثل على مستوى وكيل وزارة عن وزارة الداخلية، ووزارة الصحة، ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية، ووزارة المالية

والاقتصاد الوطني، ووزارة التجارة، ترشحهم جهاتهم.

ب) ممثل عن مجلس الغرف التجارية الصناعية السعودية يرشحه وزير التجارة، وممثل عن شركات التأمين التعاوني يرشحه وزير المالية والاقتصاد الوطني بالتشاور مع وزير التجارة.

ج) ممثل عن القطاع الصحي الخاص، وممثلين اثنين عن القطاعات الصحية الحكومية الاخرى يرشحهم وزير الصحة بالتنسيق مع قطاعاتهم،

ويتم تعيين أعضاء المجلس وتجديد عضويتهم بقرار من مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.

## المادة الخامسة:

يتولى مجلس الضمان الصحي الإشراف على تطبيق هذا النظام، وله على جه الخصوص مايلي:

أ) إعداد مشروع اللائحة التنفيذية لهذا النظام.

ب) إصدار القرارات اللازمة لتنظيم الأمور المتغيرة بشأن تطبيق أحكام هذا النظام بما في ذلك تحديد مراحل تطبيقه، تحديد أفراد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان وكيفية ونسبة مساهمة كل من المستفيد وصاحب العمل في قيمة الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني، وكذلك تحديد الحد الأعلى لتلك القيمة بناء على دراسة متخصصة تشتمل على حسابات التأمين.

ج) تأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني.

د) اعتماد المرافق الصحية التي تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني.

هـ) تحديد المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في هذا المجال، والمقابل المالي لاعتماد المرافق الصحية التي

... تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني وذلك بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.

و) إصدار اللائحة المالية لإيرادات مجلس الضمان الصحي ومصروفاته بما في ذلك أجور العاملين فيه ومكافآتهم ، بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.

ز) إصدار اللائحة الداخلية لتنظيم سير أعمال المجلس.

ح) تعيين أمين عام المجلس بناء على ترشيح من وزير الصحة، وتشكيل أمانة عامة وتحديد مهماتها.

## المادة السادسة:

تغطي المصروفات اللازمة لأداء مجلس الضمان الصحي لأعماله وأجور العاملين فيه ومكافآتهم من الإيرادات التي يتم تحصيلها بموجب الفقرة (هـ) من المادة الخامسة وفق ما يتم الاتفاق عليه بين وزارة الصحة ووزارة المالية والاقتصاد الوطني.

## المادة السابعة:

تغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الخدمات الصحية الأساسية الآتية:

أ- الكشف الطبي، والعلاج في العيادات، والأدوية.

ب- الإجراءات الوقائية مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة، والطفولة.

ج- الفحوصات المخبرية والشعاعية التي تتطلبها الحالة.

د- الإقامة والعلاج في المستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات.

هـ - معالجة أمراض الأسنان واللثة، ماعدا التقويم والأطقم الصناعية.

ولاتخل هذه الخدمات بما تقضي به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية وماتقدمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نص عليه هذا النظام.

## المادة الثامنة:

يجوز لصاحب العمل توسيع مجال خدمات الضمان الصحي التعاوني، بموجب ملاحق إضافية، وبتكلفة إضافية لتشمل خدمات تشخيصية وعلاجية أخرى أكثر مما نص عليه في المادة السابقة.

## المادة التاسعة:

يتم ترتيب مايتعلق بالإجراءات الوقائية الصحية التي يخضع لها المشمولون بالضمان بما في ذلك الفحوصات واللقاحات في المدة التي تسبق إصدار وثيقة الضمان الصحي التعاوني بقرار من وزير الصحة.

## المادة العاشرة:

يتحمل صاحب العمل تكاليف علاج المستفيد من الضمان في الفترة التي تنقضي بين تاريخ استحقاق العلاج وتاريخ الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني.

## المادة الحادية عشرة:

أ- يجوز عند الحاجة تقديم الخدمات الصحية المشمولة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني لحاملها من قبل المرافق الصحية الحكومية، وذلك بمقابل مالي تتحمله جهة الضمان الصحي، يحدد مجلس الضمان الصحي المرافق التي تقدم هذه الخدمة والمقابل المالي لها.

ب- يحدد وزير الصحة بعد الاتفاق مع وزير المالية والاقتصاد الوطني إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المالي المنصوص عليه في الفقرة السابقة.

## المادة الثانية عشرة:

يكون علاج العاملين في الجهات الحكومية المشمولين بهذا النظام وأفراد أسرهم في المرافق الصحية الحكومية متى كانوا متعاقدين مباشرة مع هذه الجهات وتحت

كفالتها وكانت عقودهم تنص على حقهم في العلاج.

## المادة الثالثة عشرة:

يجوز بقرار من مجلس الضمان الصحي إعفاء المؤسسات والشركات التي تملك مؤسسات طبية خاصة مؤهلة من الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني عن الخدمات التي تقدمها لمنسوبيها.

## المادة الرابعة عشرة:

أ- إذا لم يشترك صاحب العمل أو لم يقم بدفع أقساط الضمان الصحي التعاوني عن العامل لديه ممن ينطبق عليه هذا النظام وأفراد أسرته المشمولين معه بوثيقة الضمان الصحي التعاوني، الزم بدفع جميع الأقساط الواجبة السداد، إضافة الى دفع غرامة مالية لاتزيد على قيمة الإشتراك السنوي عن كل فرد، مع جواز حرمانه من استقدام العمال لفترة دائمة أو مؤقتة.

وتحدد اللائحة التنفيذية الجهة التي تدفع إليها الأقساط الواجبة السداد في هذا الحالة.

ب- إذا أخلت أي من شركات التأمين التعاوني بأي من التزاماتها المحددة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني، ألزمت بالوفاء بهذه الالتزامات وبالتعويض عما نشأ عن الاخلال بها من أضرار، اضافة الى دفع غرامة لاتزيد على خمسة آلاف ريال عن كل فرد مشمول بالوثيقة محل المخالفة.

ج- تشكل بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي لجنة أو أكثر يشترك فيها ممثل عن:

١- وزارة الداخلية.

٢- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

٣- وزاة العدل.

٤- وزارة المالية والاقتصاد الوطني.

٥- وزارة الصحة.

٦- وزارة التجارة.

وتختص هذه اللجنة بالنظر في مخالفات أحكام هذا النظام واقتراح الجزاء المناسب، ويوقع الجزاء بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي، تحدد اللائحة التنفيذية كيفية هذه اللجنة.

ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم ، خلال ستين يوماً من إبلاغه.

## المادة الخامسة عشرة:

يحل المقيم غير المشمول بكفالة عمل محل صاحب العمل في الالتزامات المترتبة على هذا الأخير بموجب هذا النظام.

## المادة السادسة عشرة:

وتتولى وزارة الصحة مراقبة ضمان جودة مايقدم من خدمات صحية للمستفيدين من الضمان الصحي التعاوني.

## المادة السابعة عشرة:

يتم تطبيق الضمان الصحي التعاوني عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية مؤهلة تعمل بأسلوب التأمين التعاوني على غرار ماتقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني، ووفقاً لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (٥١) وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ .

## المادة الثامنة عشرة:

يصدر وزير الصحة اللائحة التنفيذية لهذا النظام في مدة أقصاها سنة من تاريخ صدوره.

## المادة التاسعة عشرة:

ينشر هذا النظام في الجريدة الرسمية ويبدأ تنفيذه بعد تسعين يوماً من صدور اللائحة التنفيذية، أما الأحكام المتعلقة بإنشاء مجلس الضمان الصحي واختصاصاته فتعد نافذة من تاريخ نشره.

# الملحق رقم (٢) قرار مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية

# مشروعية الضمان الصحي التعاوني

# قرار هيئة كبار العلماء

## رقم (٥١) وتاريخ ٤/٤/١٣٩٧هـ

لاريب أن بحث أمر تطبيق الضمان الصحي يستوجب النظر الى مشروعيته الدينية، ولقد أجازت هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية تطبيق نظام التأمين التعاوني وذلك بموجب قرار الهيئة رقم (٥١) وتاريخ ٤/٤/١٣٩٧هـ تأسيساً على أنه يتيح مشاركة المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف الخدمة العلاجية التي يحتاجها.

وجاء في القرار مايلي:

«إن التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فجماعة التأمين لايستهدفون تجارة ولاربحاً من أموال غيرهم، وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر».

كما قرر مجلس المجمع بالاجماع الموافقة على قرار مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية رقم ( ٥١ ) وتاريخ ٤ / ٤ / ١٣٩٧هـ. من جواز التأمين التعاوني بدلاً عن التأمين التجاري المحرم والمنوه عنه آنفاً للأدلة الآتية :

**الأول** : ان التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الاخطار والاشتراك في تحمل المسئولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق اسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر فجماعة التأمين التعاون لا يستهدفون تجارة ولا ربحاً من أموال غيرهم وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر.

**الثاني** : خلو التأمين التعاوني من الربا بنوعيه ربا الفضل وربا النسا فليس عقود المساهمين ربوية ولا يستغلون ما جمع من الأقساط في معاملات ربوية.

**الثالث** : إنه لا يضر جهل المساهمين في التأمين التعاوني بتحديد ما يعود عليهم من النفع لأنهم متبرعون فلا مخاطرة ولا غرر ولا مقامرة بخلاف التأمين التجاري فانه عقد معاوضة مالية تجارية.

**الرابع** : قيام جماعة من المساهمين أو من يمثلهم بلستثمار ما جمع من الاقساط لتحقيق الغرض الذين من أجله أنشيء هذا التعاون سواء كان القيام بذلك تبرعاً أو مقابل أجر معين. ورأى المجلس أن يكون

التأمين التعاوني على شكل شركة تأمين تعاونية مختلطة للأمور الآتية:

**أولاً** : الالتزام بالفكر الاقتصادي الإسلامي الذي يترك للأفراد مسئولية القيام بمختلف المشروعات الاقتصادية ولا يأتي دور الدولة الا كعنصر مكمل لما عجز الأفراد عن القيام به وكدور موجه ورقيب لضمان نجاح هذه المشروعات وسلامة عملياتها.

**ثانياً** : الالتزام بالفكر التعاوني التأميني الذي بمقتضاه يستقل المتعاونون بالمشووع كله من حيث تشغيله ومن حيث الجهاز التنفيذي ومسئولية إدارة المشروع.

**ثالثاً** : تدريب الأهالي على مباشرة التأمين التعاوني وإيجاد المبادرات الفردية والاستفادة من البواعث الشخصية فلا شك أن مشاركة الأهالي في الادارة تجعلهم أكثر حرصاً ويقظة على تجنب وقوع المخاطر التي يدفعون مجتمعين تكلفة تعويضها مما يحقق بالتالي مصلحة لهم في إنجاح التأمين التعاوني إذ أن تجنب المخاطر يعود عليهم باقساط أقل في المستقبل، كما أن وقوعها قد يحملهم أقساطاً أكبر في المستقبل.

**رابعاً** : إن صورة الشركة المختلطة لا يجعل التأمين كما لو كان هبة أو منحة من الدولة للمستفيدين منه بل بمشاركة منها معهم فقط لحمايتهم ومساندتهم باعتبارهم هم أصحاب المصلحة الفعلية وهذا موقف أكثر إيجابية ليشعر معه المتعاونون بدور الدولة ولا يعفيهم في نفس الوقت

من المسئولية .

ويرى المجلس أن يراعى في وضع المواد التفصيلية للعمل بالتأمين التعاوني على الأسس الآتية:

الأول : أن يكون لمنظمة التأمين التعاوني مركز له فروع في كافة المدن وأن يكون بالمنظمة أقسام تتوزع بحسب الأخطار المراد تغطيتها وبحسب مختلف فئات ومهن المتعاونين كأن يكون هناك قسم للتأمين الصحي وثان للتأمين ضد العجز والشيخوخة.. الخ.

أو يكون هناك قسم لتأمين الباعة المتجولين وآخر للتجار وثالث للطلبة ورابع لأصحاب المهن الحرة كالمهندسين والأطباء والمحامين .. الخ.

الثاني : أن تكون منظمة التأمين التعاوني على درجة كبيرة من المرونة والبعد عن الأساليب المعقدة .

الثالث : أن يكون للمنظمة مجلس أعلى يقرر خطط العمل ويقترح ما يلزمها من لوائح وقرارات تكون نافذة إذا اتفقت مع قواعد الشريعة.

الرابع : يمثل الحكومة في هذا المجلس تختاره من الأعضاء ويمثل المساهمين من يختارونه ليكونوا أعضاء في المجلس ليساعد ذلك على اشراف الحكومة عليها واطمئنانها على سلامة سيرها وحفظها من التلاعب والفشل.

الخامس : إذا تجاوزت المخاطر موارد الصندوق بما قد يستلزم زيادة الأقساط

فتقوم الدولة والمشتركون بتحمل هذه الزيادة .

ويؤيد مجلس المجمع الفقهي ما اقترحه مجلس هيئة كبار العلماء في اقراره المذكور بأن يتولى وضع المواد التفصيلية لهذه الشركة التعاونية جماعة من الخبراء المختصين في هذا الشأن.

والله ولي التوفيق . وصلى الله وسلم على نبينا محمد وآله وصحبه .

# مخالفة الأستاذ الدكتور مصطفى الزرقاء

اخواني الأساتذة أعضاء المجمع الفقهي . .

إني أخالف ما ذهبتم إليه من اعتبار التأمين الذي اسميتموه تجارياً بمختلف أنواعه وصوره حراماً، وميزتم بينه وبين ما اسميتموه تعاونياً، وأرى أن التأمين من حيث إنه طريق تعاوني منظم لترميم الأضرار التي تقع على رؤوس أصحابها من المخاطر التي يتعرضون لها هو في ذاته جائز شرعاً بجميع صوره الثلاث وهي : التأمين على الأشياء والتأمين من المسئولية المسمى ( تأمين ضد الغير ) والتأمين المسمى خطأ بالتأمين على الحياة جائز شرعاً .

وان أدلتي الشرعية من الكتاب العزيز والسنة النبوية وقواعد الشريعة ومقاصدها العامة والشواهد الفقهية بالقياس السلمي عليها ودفع توهم انه يدخل في نطاق القمار أو الرهان المحرمن، ودفع شبهه انه ربا ، كل ذلك موضح تمام الايضاح في كتابي المنشور بعنوان ( عقد التأمين، وموقف الشريعة الإسلامية منه ) وانتم مطلعون عليه مع بيان حاجة الناس في العالم كله إليه .

وقد بينت لكم في هذه الجلسة أيضاً أن التمييز بين تأمين تعاوني وتجاري لا سند له، فكل التأمين قائم على فكرة التعاون على تفتيت الأضرار وترميمها ونقلها عن رأس المصاب وتوزيعها على أكبر عدد ممكن بين عدد قليل من الأشخاص الذين تجمعهم حرفة صغيرة– أو سوق ويتعرضون لنوع من الأخطار فيساهمون في تكوين صندوق مشترك حتى إذا أصاب أحدهم الخطر والضرر عوضوه عنه من الصندوق الذي هو أيضاً مساهم في هذا لنوع الذي يسمى في الاصطلاح تبادلياً وسميتموه ( تعاونيا ) لا تحتاج ادارته إلى متفرغين لها ولا إلى نفقات إدارة وتنظيم وحساب إلخ . . (٢٧١)

فاذا كثرت الرغبات في التأمين وأصبح يدخل فيه الألوف - عشراتها أو مئاتها أو آلافها من الراغبين وأصبح يتناول عدداً كبيراً من أنواع الأخطار المختلفة فانه عندئذ يحتاج إلى إدارة متفرغة وتنظيم ونفقات كبيرة من أجور محلات وموظفين ووسائل آلية وغير آلية الخ.. وعندئذ لا بد لمن يتفرغون لإدارته وتنظيمه من أن يعيشوا على حساب هذه الادارة الواسعة كما يعيش أى تاجر أو صانع أو محترف أو موظف على حساب عمله.

وعندئذ لا بد من أن يوجد فرق بين الأقساط التي تجبى من المستأمنين وبين ما يؤدي من نفقات وتعويضات للمصابين عن أضرارهم لتربح الادارة المتفرغة هذا الفرق وتعيش منه كما يعيش التاجر من فرق السعر بين ما يشتري ويبيع.

ولتحقيق القسط الذي يجب أن يدفعه المستأمن في أنواع من الأخطار. هذا هو الفرق الحقيقي بين النوعين. أما المعنى التعاوني فلا فرق فيه بينهما أصلاً من حيث الموضوع.

كما إني أحب أن أضيف إلى ذلك أن هذه الدورة الأولى لهذا المجمع الفقهي الميمون الذي لم يجتمع فيها إلا نصف أعضائه فقط والباقون تخلفوا أو اعتذروا عن العضوية لظروفهم الخاصة لا ينبغي أن يتخذ فيها قرار بهذه السرعة بتحريم موضوع كالتأمين من أكبر الموضوعات المهمة اليوم خطورة وشأناً لارتباط مصالح جميع الناس به في جميع أنحاء المعمورة والدول كلها تفرضه الزامياً في حالات كالتأمين على السيارات ضد الغير صيانة لدماء المصابين في حوادث السيارات من افئدة تذهب هدراً إذا كان قائد السيارة أو مالكها مفلساً.

فاذا أريد إتخاذ قرار خطير كهذا وفي موضوع اختلفت فيه آراء علماء العصر اختلافا كبيراً في حله أو حرمته يجب في نظري أن يكون في دورة يجتمع فيها أعضاء المجمع كلهم أو إلا قليلاً منهم وعلى أن يكتب لغير أعضاء

المجمع علماء العالم الإسلامي الذين لهم وزنهم العلمي ثم يبت في مثل هذا الموضوع الخطير في ضوء أجوبتهم على أساس الميل إلى التيسير على الناس عند اختلاف آراء العلماء لا إلى التعسير عليهم

ولا بد لي ختاماً من القول بأنه إذا كانت شركات التأمين تفرض في عقودها مع المستأمنين شروطاً لا يقرها الشرع، أو تفرض أسعاراً للأقساط في أنواع الأخطار غالية بغية الربح الفاحش فهذا يجب أن تتدخل فيه السلطات المسئولة لفرض رقابة وتسعير لمنع الاستغلال، كما توجب المذاهب الفقهيّة، وجوب التسعير والضرب على أيدى المحتكرين لحاجات الناس الضرورية وليس علاجه تحريم التأمين. لذلك أرجو تسجيل مخالفتي هذه مع مزيد الاحترام لآرائكم.

دكتور مصطفى الزرقاء

# الملحق رقم ( ٣ ) الاستبانة في صورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية - بمكة المكرمة
قسم الإدارة التربوية والتخطيط

# اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية

إعداد الطالب
**محمد جمعان عبد الرحمن أبو هبشة**

إشراف الدكتور
**جويبر بن ماطر الثبيتي**
**الأستاذ المشارك بقسم الإدارة التربوية والتخطيط**

استبانة لدراسة مقدمة لقسم الإدارة التربوية والتخطيط لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإدارة التربوية والتخطيط
[شعبة التعليم العالي]

الفصل الدراسي الثاني
١٤٢١هـ/٢٠٠١م

بسم الله الرحمن الرحيم


المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم العالي

جامعة أم القرى

كلية التربية – بمكة المكرمة

قسم الإدارة التربوية والتخطيط


**عادة عضو هيئة التدريس                سلمه الله**

سلام عليكم ورحمة الله وبركاته .. وبعد:

نتيجة لتزايد الطلب على الخدمات الصحية الحكومية بسبب النمو السكاني الكبير وظهور الأمراض المدنية المزمنة مما أدى إلى زيادة الإنفاق والأعباء المالية والضغوط على المؤسسات الصحية الحكومية على الرغم من الدعم سخي الذي يحظى به القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، إلا أن المؤسسات الحكومية والجامعات السعودية تعد تستطيع الاستمرار في تمويل الخدمات الصحية بالمستوى المطلوب الذي يواكب التطور التقني والعلمي وإلا تكون النتيجة تراجع مستوى الخدمات الصحية.

من هذا المنطلق يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية لنيل درجة الدكتوراه في الإدارة التربوية والتخطيط بعنوان: **اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية** ".

ونظراً لأن جزء من الدراسة العلمية يتم عن طريق الاستبانة فقد تضمنت عدداً من العبارات التي تدور حول ذا الموضوع، ويسعد الباحث مشاركتكم في الإجابة على فقرات الاستبانة وإبداء رأيكم أمام كل عبارة، حيث تمثل جاهاتكم عن بدائل تمويل التأمين الصحي في الجامعات السعودية، وبقدر ما يكون تجاوبكم مع هذه الاستبانة بسرعة دقة بقدر ما تكون مساعدتكم في تحقيق أهداف هذه الدراسة المتخصصة.

والباحث إذ يشكر لكم حسن تعاونكم ويؤكد لكم أن بيانات هذه الاستبانة ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم إلا ي خدمة البحث العلمي فقط.

**وختاماً:** أشكر لكم وقتكم الثمين وكريم تعاونكم في الإجابة على فقرات هذه الاستبانة. آمل التكرم بالإجابة على ميع العبارات راجياً إعادتها لنا **بواسطة البريد في المظروف المرفق** ولكم مني جزيل الشكر والتقدير على تعاونكم.

**والله يحفظكم ويرعاكم،،،**


أخوكم الباحث

**محمد جمعان عبد الرحمن أبو هبشة**

**هاتف: ٠٢٥٢٤٦٧٤٢ – جوال: ٠٥٥٥١٨٤٤٤**

**مكة المكرمة. ص.ب: ١٢٣٠٤**

## الجزء الأول: (أ) بيانات أولية عن المجيب

**الجامعة:**

- جامعة أم القرى
- جامعة الملك عبد العزيز
- جامعة الملك سعود
- جامعة الملك خالد
- جامعة الملك فيصل
- الجامعة الإسلامية
- جامعة الملك فهد
- جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

**المرتبة العلمية:**

- أستاذ مساعد
- أستاذ مشارك
- أستاذ

**الدولة التي حصلت منها على درجة الدكتوراه:**

- السعودية
- مصر
- دولة عربية أخرى
- الولايات المتحدة الأمريكية
- إحدى الدول الأوروبية
- أخرى (حدد)

**الخبرة:**

- أقل من خمس سنوات
- من ٥ – ١٠ سنوات
- من ١١ – ١٥ سنة
- أكثر من ١٥ سنة

**العمر:**

- أقل من ٣٠ سنة
- من ٣١ – ٤٠ سنة
- ٤١ – ٥٠ سنة
- أكثر من ٥٠ سنة

**عدد أفراد الأسرة:**

- أقل من ٦ أفراد
- من ٧-١٢ فرد
- أكثر من ١٢ فرد

**المستوى الاقتصادي لأسرتك:**

- متوسط
- فوق المتوسط
- مرتفع

**ما الفئة التالية من المستشفيات والخدمات الصحية التي تتعامل معها:**

- المستشفيات التخصصية الحكومية
- المستشفيات الجامعية.
- المستشفيات الحكومية العامة.
- المستشفيات الأهلية الكبيرة.
- المستشفيات الأهلية.
- الإدارات الطبية الجامعية.
- مراكز الرعاية الصحية الأولية.

) معلومات عن خلفية أعضاء هيئة التدريس عن مستوى الخدمات الطبية الجامعية الحالية ونظام التأمين الصحي.

اختر الإجابة التي ترى أنها تمثل رأيك عن كل فقرة من الفقرات التالية:

| العبارات | | | |
|---|---|---|---|
| – حجم استفادتك أنت وأسرتك من الخدمات الطبية الجامعية. | كبيرة ☐ | متوسطة ☐ | قليلة ☐ |
| – مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات والعيادات الجامعية. | جيدة ☐ | مقبولة ☐ | ضعيفة ☐ |
| – هل تفضل استمرار حصولك على الخدمات الطبية الجامعية دون تغطية التأمين الصحي. | موافق ☐ | متردد ☐ | غير موافق ☐ |
| – معلوماتك عن نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية | كثيرة ☐ | قليلة ☐ | محدودة جداً ☐ |
| – خبرتك في التعامل مع نظام التأمين الصحي. | طويلة ☐ | قصيرة ☐ | لا يوجد ☐ |
| – نوع تغطية التأمين الصحي الذي ترغب الحصول عليها | شاملة ☐ | جزئية ☐ | لا أرغب ☐ |
| – نوع نظام التأمين الصحي الذي تفضله. | جماعي ☐ | فئوي ☐ | فردي ☐ |
| – الجهة التي ترغب في أن تقدم لك التأمين الصحي. | شركات التأمين ☐ | التأمين الجامعي ☐ | التأمين المباشر مع المستشفيات الخاصة ☐ |

– المقدار المالي الذي تستطيع دفعه للتأمين الصحي لكل فرد من أفراد التأمين

- ☐ من ١٠٠٠–٢٠٠٠ريال سنوياً
- ☐ من ٢٠٠٠–٣٠٠٠ ريال سنوياً
- ☐ أكثر من ٣٠٠٠ ريال سنوياً

– رأيك في طريقة دفع رسوم التأمين لشركات التأمين الصحي.

- ☐ حسم رسوم التأمين من الراتب مباشرة
- ☐ سداد رسوم التأمين بواسطة المؤمن عليه
- ☐ قيام الجامعات بجمع رسوم التأمين وسدادها لشركات التأمين الصحي

– السياسة التي تتبعها الجامعات للإسهام في التأمين الصحي على منسوبيها.

- ☐ مبلغ مقطوع يعادل بدل العلاج
- ☐ نسبة تساوي النسب التي تساهم بها المؤسسات المماثلة في التأمين الصحي على منسوبيها
- ☐ مبلغ يعادل متوسط كلفة علاج الفرد.

## عد الأول:

إلى أي درجة أنت موافق على أن قيام الجامعات بإسناد تقديم خدمات التأمين الصحي لمنسوبيها إلى شركات التأمين حي يحقق ما يلي:

| العبـــــــــارات | موافق بشدة | موافق | غير متأكد | غير موافق | غير موافق بشدة |
|---|---|---|---|---|---|
| الحصول على خدمات طبية شاملة تتناسب مع رغبات المؤمن عليهم. | | | | | |
| الحصول على خدمات طبية جزئية للمؤمن عليهم. | | | | | |
| الحصول على خدمات طبية تتناسب مع القدرات المالية للمؤمن عليهم. | | | | | |
| تخفيف النفقات الإدارية الطبية عن الجامعات. | | | | | |
| تقليص حجم الإنفاق الطبي الجامعي. | | | | | |
| إتاحة تركيز الخدمات الطبية الجامعية على البرامج التعليمية والتدريبية. | | | | | |
| استفادة الجامعات من مميزات الخدمات الصحية في القطاع الخاص. | | | | | |
| تكوين علاقة تعاون مع القطاع الخاص. | | | | | |
| تسهيل الحصول على الخدمات الطبية العالمية. | | | | | |
| تقديم الخدمات الطبية في جميع الأوقات. | | | | | |
| تخفيف الإنفاق الفردي على الخدمات الطبية. | | | | | |
| إتاحة الفرصة لاختيار الطبيب المعالج. | | | | | |
| تعزز روح التكافل الاجتماعي بين المنتفعين. | | | | | |
| قدرة شركات التامين على التغطية الطبية الكاملة. | | | | | |
| توفر خبرات كافية لدى شركات التامين لتقديم الخدمات الطبية. | | | | | |
| قدرة شركات التامين على كسب ثقة المؤمن عليهم. | | | | | |
| جودة الخدمات الطبية في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التامين. | | | | | |
| توفر الكوادر الطبية المتخصصة في المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التامين الصحي. | | | | | |
| توفر الأجهزة والمعدات الطبية المتقدمة لدى المؤسسات الطبية المتعاونة مع شركات التامين الصحي. | | | | | |
| التعامل الجيد مع المؤمن عليهم من قبل مقدمي الخدمات الطبية (المستشفيات) وشركات التامين الصحي. | | | | | |

## عد الثاني:

إلى أي درجة أنت موافق على أن تقديم الجامعات لخدمات التأمين الصحي لمنسوبيها من خلال المستشفيات الجامعية مقابل صول على رسوم التأمين الصحي من منسوبي الجامعات سيحقق الآتي:

| العبـــــــارات | موافق بشدة | موافق | غير متأكد | غير موافق | غير موافق بشدة |
|---|---|---|---|---|---|
| يمثل مصدر تمويل لتشغيل المستشفيات الجامعية | | | | | |
| يوفر سيولة نقدية لشراء الأدوية والمستلزمات الطبية. | | | | | |
| يساعد على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية لتوفر الدعم المالي. | | | | | |
| يوفر سيولة نقدية لدى الجامعة تمكنها من توفير فرص وظيفية للعمل بالمرافق الصحية الجامعية. | | | | | |
| يوفر دخل مالي لمساندة الخدمات التعليمية الطبية. | | | | | |
| يؤمن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة. | | | | | |
| يشكل دعماً مالياً للخدمات الطبية وتقديمها لمنسوبي الجامعات بأسعار مخفضة. | | | | | |

## عد الثالث:

إلى أي درجة أنت موافق على أن قيام الجامعات بدور الوسيط بين منسوبيها وشركات التأمين في عملية تقديم التأمين حي يحقق ما يلي:-

| العبـــــــارات | موافق بشدة | موافق | غير متأكد | غير موافق | غير موافق بشدة |
|---|---|---|---|---|---|
| يسهل عملية تحصيل اشتراكات التأمين من منسوبي الجامعات. | | | | | |
| يتيح فرصة تعاقد الجامعات مع أفضل شركات التأمين الصحي. | | | | | |
| يوفر للجامعة الحصول على عمولات الوسيط. | | | | | |
| يساعد على تفادي الخلافات بين منسوبي الجامعات وشركات التأمين الصحي. | | | | | |
| يوفر الجهد والوقت الذي سيبذله عضو هيئة التدريس للاتصال بشركات التأمين الصحي. | | | | | |
| يعطي للجامعة حق المتابعة للخدمات الطبية المقدمة لمنسوبيها. | | | | | |
| يعتبر حماية لمنسوبي الجامعات من عمليات سوء الاستغلال من قبل شركات التأمين الصحي. | | | | | |
| تعريف شركات التأمين الصحي بالإمكانات المادية والبشرية بالجامعات | | | | | |

## بعد الرابع:

**إلى أي درجة أنت موافق على أن تقديم الجامعات للخدمات الصحية الأولية لمنسوبيها مجاناً فقط من خلال مستشفياتها اشتراكهم في التأمين الصحي للخدمات الطبية الأخرى المتقدمة خارج الجامعة يمكن أن يكون على النحو التالي:**

| العبـــــــــــارات | موافق بشدة | موافق | غير متأكد | غير موافق | غير موافق بشدة |
|---|---|---|---|---|---|
| التأمين الصحي على العمليات الجراحية. | | | | | |
| التأمين الصحي على جراحة اليوم الواحد. | | | | | |
| التأمين الصحي على الأمراض المزمنة. | | | | | |
| التأمين الصحي على رعاية الأسنان. | | | | | |
| التأمين الصحي على صحة العيون. | | | | | |
| التأمين على حالات الولادة. | | | | | |
| التأمين الصحي على العلاج الطبيعي. | | | | | |
| التأمين الصحي على أنواع إضافية من الخدمات الطبية مثل (عمليات التجميل) | | | | | |
| التأمين على خدمات العلاج بالعيادات الخارجية. | | | | | |
| التأمين الصحي الشامل لرعاية طبية مميزة. | | | | | |
| التأمين الصحي لخدمات الطب الاتصالي. | | | | | |
| التأمين الصحي على خدمات العلاج خارج المملكة. | | | | | |

شكراً لكم على حسن تعاونكم، والحمد لله أولاً وآخراً
وصلى الله وسلم على سيدنا ونبينا محمد،،

# الملحق رقم (٤) قائمة أسماء المحكمين

## ملحق رقم (٤)

### أسماء الأساتذة محكمي الاستبانة

| | | |
|---|---|---|
| ١- | أ.د. زهير احمد السباعي | جامعة الملك فيصل |
| ٢- | أ.د. زايد عجير الحارثي | جامعة أم القرى |
| ٣- | أ.د. سعد عبدالله الزهراني | جامعة الملك عبدالعزيز |
| ٤- | أ.د. عمر بن أبوبكر باخشب | جامعة الملك عبدالعزيز |
| ٥- | أ.د. فاروق صالح الخطيب | جامعة الملك عبدالعزيز |
| ٦- | أ.د. خالد بن سعد بن سعيد | جامعة الملك سعود |
| ٧- | أ.د. هاشم بكر حريري | جامعة أم القرى |
| ٨- | د. زهير أحمد علي الكاظمي | جامعة أم القرى |
| ٩- | د. محمد صالح علي جان | جامعة أم القرى |
| ١٠- | د. نايف حامد همام الشريف | جامعة أم القرى |
| ١١- | د. رمضان أحمد الصباغ | جامعة أم القرى |
| ١٢- | د. سلطان سعيد مقصود بخاري | جامعة أم القرى |
| ١٣- | د. مسعود خضر القرشي | جامعة أم القرى |
| ١٤- | د. حسني أحمد مؤذن | جامعة أم القرى |
| ١٥- | د. محمد بن سعد الجرف | جامعة أم القرى |
| ١٦- | د. ربيع سعيد طه | جامعة أم القرى |
| ١٧- | د. علي سعيد عسيري | جامعة أم القرى |
| ١٨- | د. محمد معيض الوذيناني | جامعة أم القرى |
| ١٩- | د. هشام مليباني | جامعة الملك عبدالعزيز |
| ٢٠- | د. فؤاد كاظم براده | جامعة الملك عبدالعزيز |
| ٢١- | د. عبدالله علي عسيري | جامعة الملك عبدالعزيز |

| | |
|---|---|
| ٢٢- د. بكـــر نـــوري أحمـــد قوتـــه | جامعــة الملــك عبدالعزيـــز |
| ٢٣- د. طـــــاهر الدبـــــــاغ | جامعــة الملــك عبدالعزيـــز |
| ٢٤- د. عدنـــــان الصوفـــــي | جامعــة الملــك عبدالعزيـــز |
| ٢٥- د. علـــي حســـين القحطـــاني | جامعــة الملــك عبدالعزيـــز |
| ٢٦- د. حســـين محمـــد برعـــي | جامعـــة الملـــك ســـعود |
| ٢٧- د. فـــهد بـــن حمـــود العـــنزي | جامعـــة الملـــك ســـعود |
| ٢٨- د. بـــدران عبدالرحمـــن العمـــر | جامعـــة الملـــك ســـعود |
| ٢٩- د. خليـــل مصلـــح الثقفـــي | الكليـــة الصحيـــة بالريـــاض |
| ٣٠- د. عبدالألــه سـيف الديـن السـاعاتي | جامعـــة الملـــك ســـعود |
| ٣١- د. أحمـــد عبـــدالله المطـــوع | جامعـــة الملـــك ســـعود |
| ٣٢- د. نـــاصر بـــن محمـــد الفـــوزان | جامعـــة الملـــك ســـعود |

# الملحق رقم (٥) خطابات

# معالي مدير جامعة ام القرى لأصحاب

# المعالي مدراء الجامعات السعودية

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى

الرقم: ١٢٧/١/أ/ك/ث
التاريخ: ٢٧/١/١٤٢٢
المشفوعات: لغه ٧،

UMM AL-QURA UNIVERSITY

سعادة وكيل الجامعه للدراسات العليا والبحث العلمي سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

نفيد سعادتكم بان الطالب / محمد جمعان عبدالرحمن أبو هبشه احد طلبة الدراسات العليا بمرحلة الدكتوراة بقسم الادارة التربوية والتخطيط، وهو يقوم حاليا بتطبيق الاستبانةالخاصة ببحث رسالته التي بعنوان :

(اتجاهات اعضاء هئية التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية) ويحتاج الطالب الي خطاب لوكلاء الجامعات من قبل سعادتكم

امل من سعادتكم التكرم بمخا طبتهم بتسهيل مهمته لتطبيق الاستبانه على اعضاء هيئة التدريس بالجامعات السعوديه،،،

شاكرا لكم كريم تعاونكم ،،

وتقبلوا خالص التحية والتقدير ...

عميد كلية التربية بمكه المكرمة

٢٤/١/١٤٢٢هـ

ا.د. محمود محمد عبدالله كسناوي

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O. Box 715
Cable Gameat Umm Al - Qura, Makkah
Telex 540026 Jammka SJ
Faxemely 5564560
Tel - 02 - 5574644 (10 Lines)

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص . ب : ٧١٥
برقيا : جامعة أم القرى مكة
تلكس عربي ٥٤٠٠٤١ م : ك جامعة
فاكسميلي : ٥٥٦٤٥٦٠
تليفون : ٥٥٧٤٦٤٤ - ٠٢ (١٠ خطوط)

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

١٣١٩هـ ١٤١٩هـ
المملكة العربية السعودية
K.S.A. 100 YEARS
توحيد وبناء

سعادة عضو هيئة التدريس بجامعة أم القرى سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة – أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان : «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات» .

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية .

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ماأمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة .

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه .

وتقبلوا وافر التحية والتقدير .

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ . د . ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة . ص . ب ٧١٥
ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم : ........ التاريخ : ٢٧ / ١ / ١٤٢٢هـ المشفوعات : ........

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

١٣١٩هـ ١٤١٩هـ المملكة العربية السعودية K.S.A. 100 YEARS توحيد وبناء

سعادة وكيل جامعة الملك سعود للدراسات العليا والبحث العلمي سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة – أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان : «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات» .

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية .

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ماأمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة .

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه .

وتقبلوا وافر التحية والتقدير .

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ.د. ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة ص.ب ٧١٥

ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم : ١٤٢٦ التاريخ : ١٤٢٢/١/٢٧هـ المشفوعات : استبانة



مطابع جامعة أم القرى

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

K.S.A. 100 YEARS
توحيد وبناء

سعادة وكيل جامعة الملك فيصل للدراسات العليا والبحث العلمي                سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته                وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة - أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان: «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات».

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية.

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ما أمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة.

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه.

وتقبلوا وافر التحية والتقدير.

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ.د. ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة. ص. ب ٧١٥
ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم: ........
التاريخ: ٢٧/ ١ /١٤٢٢هـ
المشفوعات: ..............

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

١٣١٩هـ ١٤١٩هـ
المملكة العربية السعودية
K.S.A. 100 YEARS
توحيد وبناء

سعادة وكيل جامعة الملك فهد للبترول والمعادن للدراسات والأبحاث التطبيقية سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة – أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان : «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات» .

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية .

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ماأمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة .

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه .

وتقبلوا وافر التحية والتقدير .

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ . د . ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة . ص . ب ٧١٥

ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم : ................ التاريخ : ٢٧ / ١ / ١٤٢٢هـ المشفوعات : ١ استبانة



مطابع جامعة أم القرى

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

عام ١٣١٩هـ ١٤١٩هـ المملكة العربية السعودية K.S.A. 100 YEARS توحيد وبناء

سعادة وكيل جامعة الملك عبدالعزيز للدراسات العليا والبحث العلمي سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة - أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان : «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات» .

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية .

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ما أمكن ذلك، لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة .

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه .

وتقبلوا وافر التحية والتقدير .

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ . د . ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة . ص . ب ٧١٥
ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم : ...................
التاريخ : ٢٧ / ١ / ١٤٢٢هـ
المشفوعات : استبانة

مطابع جامعة أم القرى

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

بسم الله الرحمن الرحيم

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور
على تأسيس المملكة

سعادة وكيل جامعة الملك خالد للدراسات العليا والبحث العلمي    سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته    وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ٢٧/١/١٤٢٢هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة – أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان: «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات».

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية.

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ماأمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة.

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه.

وتقبلوا وافر التحية والتقدير.

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ.د. ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة . ص.ب ٧١٥
ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم: ٤........١    التاريخ: ٢٧ / ١ / ١٤٢٢هـ    المشفوعات: ١ استبانة

مطابع جامعة أم القرى

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

بسم الله الرحمن الرحيم

K.S.A. 100 YEARS
توحيد وبناء

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

سعادة وكيل الجامعة الإسلامية للدراسات العليا والبحث العلمي سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة – أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان: «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات».

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية.

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ماأمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة.

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه.

وتقبلوا وافر التحية والتقدير.

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أمين

أ.د. ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة . ص . ب ٧١٥
ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

الرقم: ...............
التاريخ: ٢٧ / ١ / ١٤٢٢هـ
المشفوعات: استبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
مكة المكرمة

لجنة الجامعة للاحتفال بمرور مائة عام
على تأسيس المملكة

عام ١٣١٩هـ ١٤١٩هـ
المملكة العربية السعودية
K.S.A. 100 YEARS
توحيد وبناء

سعادة وكيل جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
للدراسات العليا والبحث العلمي — سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته — وبعد

نفيدكم في ضوء ماوردنا من سعادة عميد كلية التربية بمكة المكرمة بموجب خطابه رقم ١٣٧/١/ك ت وتاريخ ١٤٢٢/١/٢٧هـ ومشفوعه «استبانة» بأنّ الطالب/محمد بن جمعان عبدالرحمن أبوهبشة – أحد طلاب الدراسات العليا لمرحلة الدكتوراه بقسم الإدارة التربوية والتخطيط بالكلية ويرغب في تطبيق استبانته الخاصة ببحثه بعنوان : «اتجاهات أعضاء هيئة التدريس نحو بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات» .

وتلبية لرغبة الباحث في توزيع هذه الإستبانة على السادة أعضاء هيئة التدريس السعوديين الذكور في الجامعات السعودية .

فإنّنا نأمل من سعادتكم التكرم بمساعدته وتسهيل مهمته ماأمكن ذلك لكي يتمكن من تطبيق الإستبانة المرفقة .

ولايسعنا إلا أن نشكركم الشكر الجزيل على ماتبذلونه من تعاون وتحققونه من خدمة للعلم وطلابه .

وتقبلوا وافر التحية والتقدير .

وكيل الجامعة
للدراسات العليا والبحث العلمي

أ.د. ناصر بن عبدالله عثمان الصالح

أمين

وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي
مكة المكرمة . ص . ب ٧١٥
ت ٥٥٨٩٩٠٠
فاكس ٥٥٧٣٣٢٢

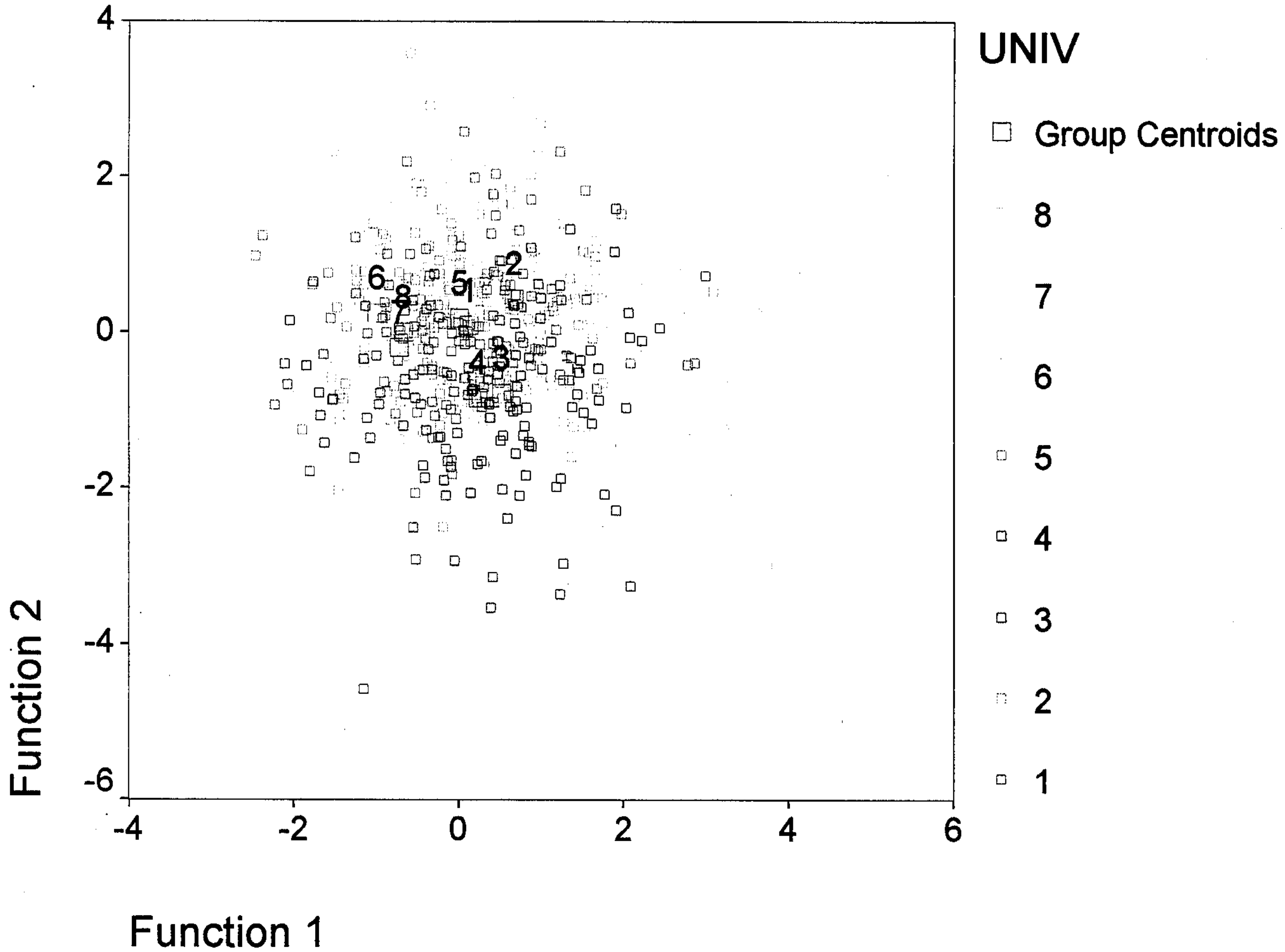
الرقم : ١٤٢٢
التاريخ : ٢٧ / ١ / ١٤٢٢هـ
المشفوعات : استبانة

مطابع جامعة أم القرى

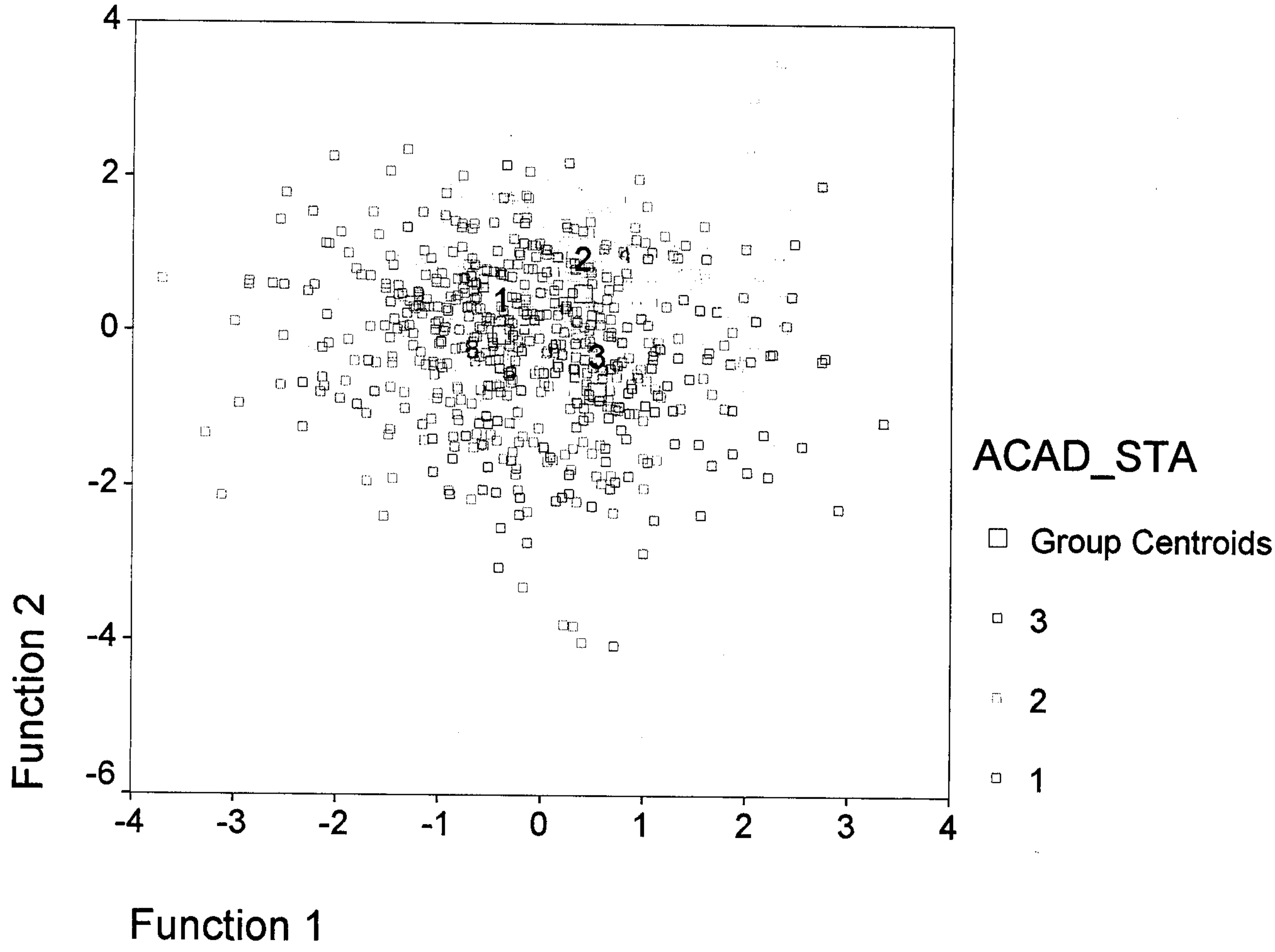
# الملحق رقم (٦) خريطة دلالات التمايز

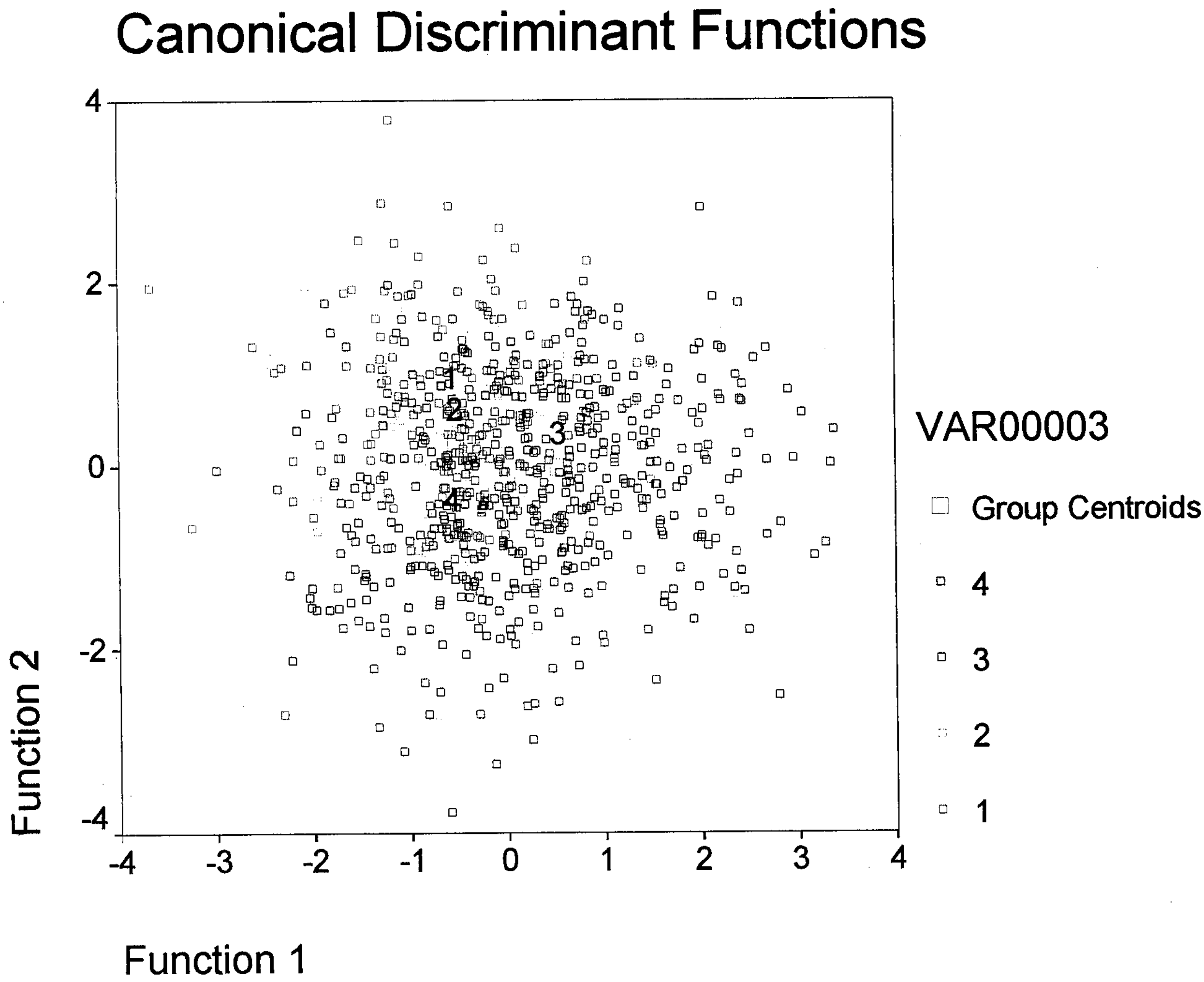
# حول مركز المجتمع

# Canonical Discriminant Functions



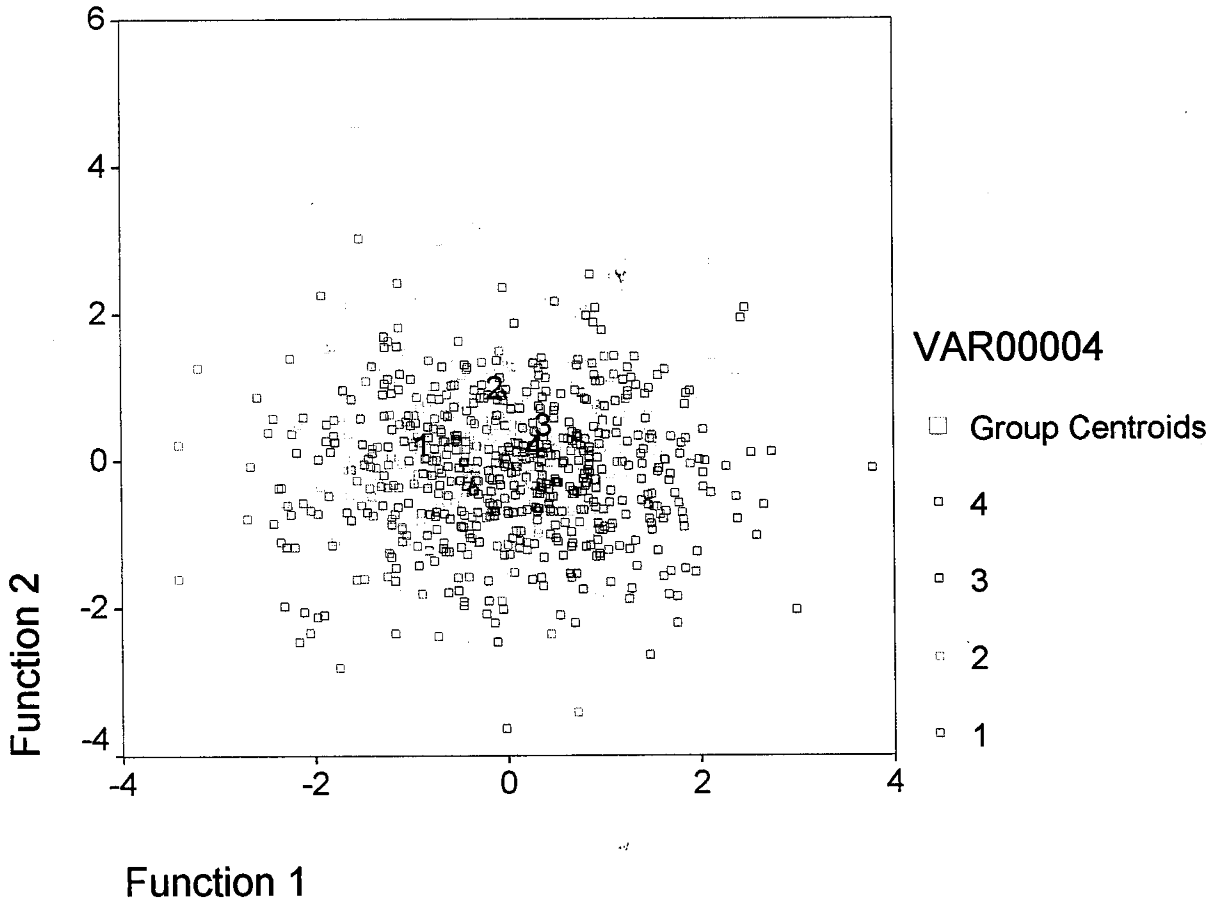
# Canonical Discriminant Functions

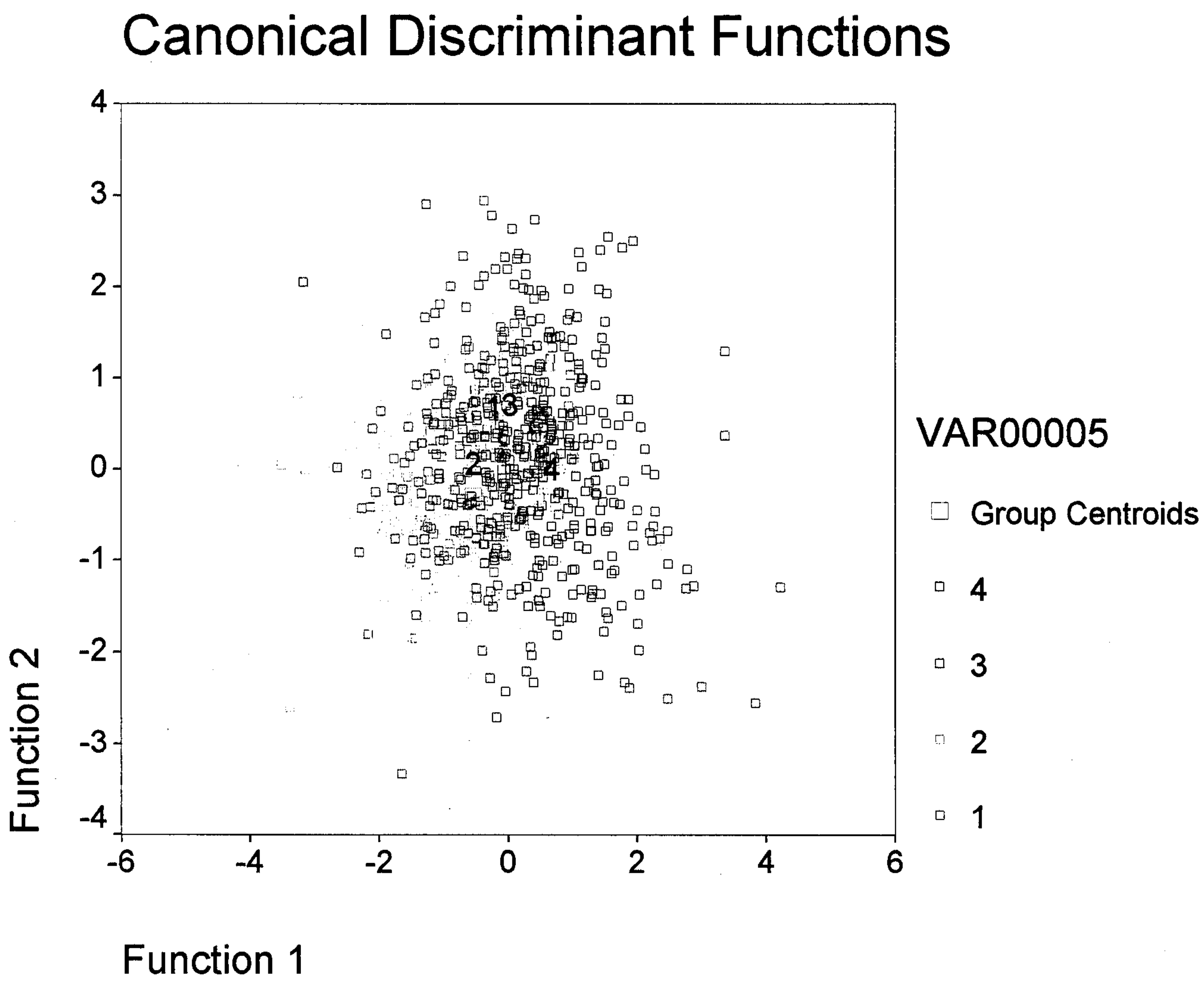




Canonical Discriminant Functions
Function 2
Function 1
4
2
0
-2
-4
-4
-3
-2
-1
0
1
2
3
4
VAR00003
Group Centroids
4
3
2
1

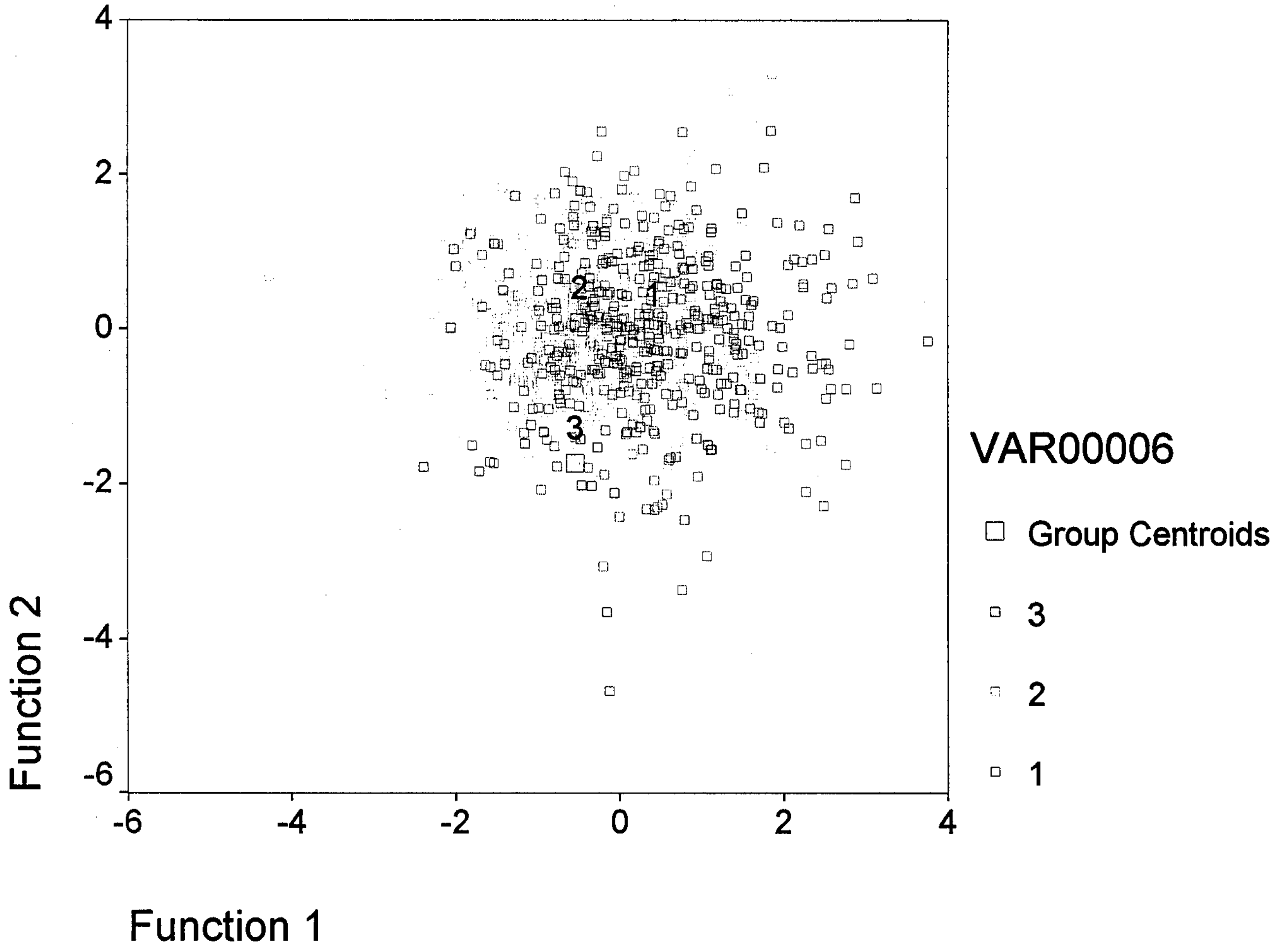
# Canonical Discriminant Functions

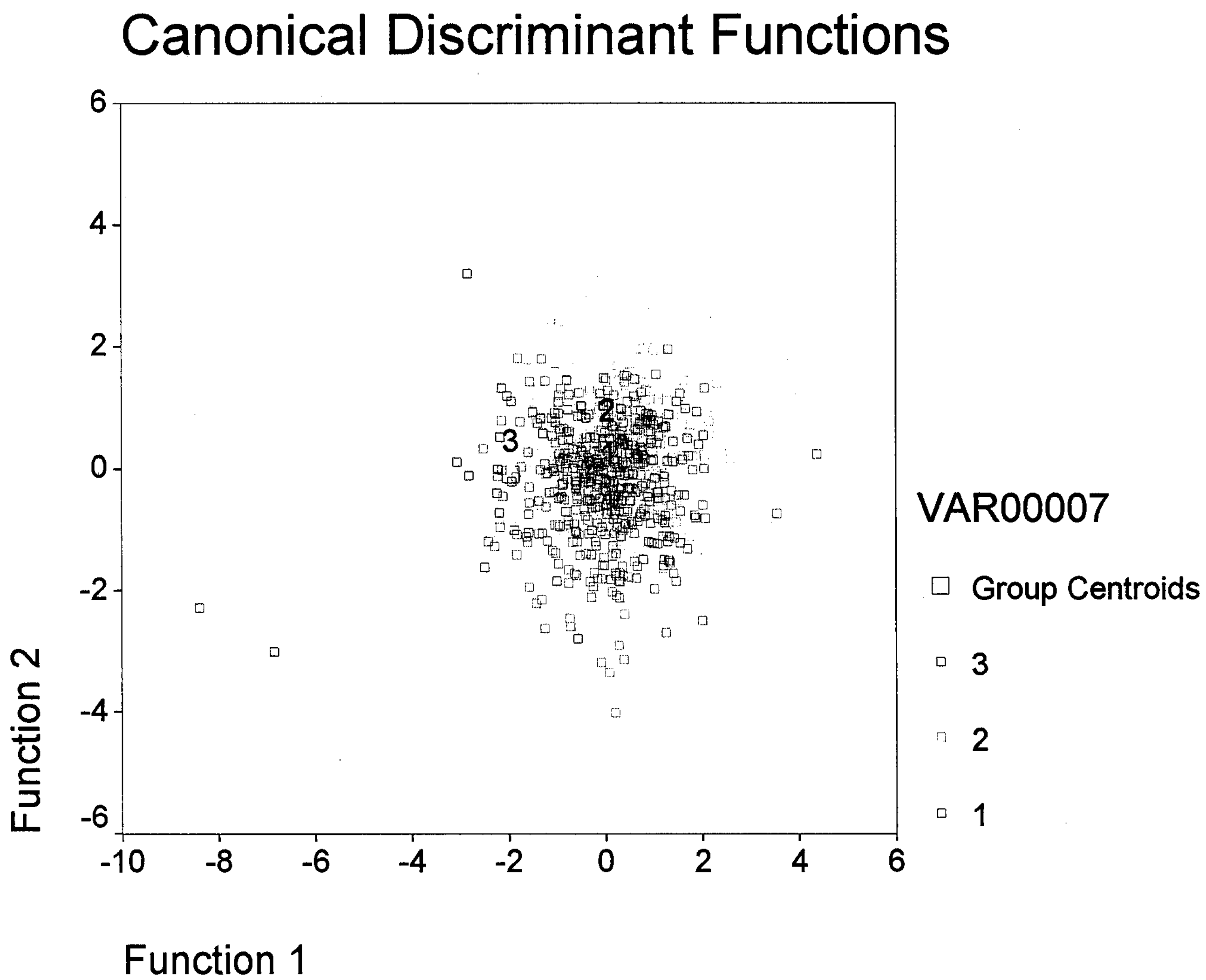


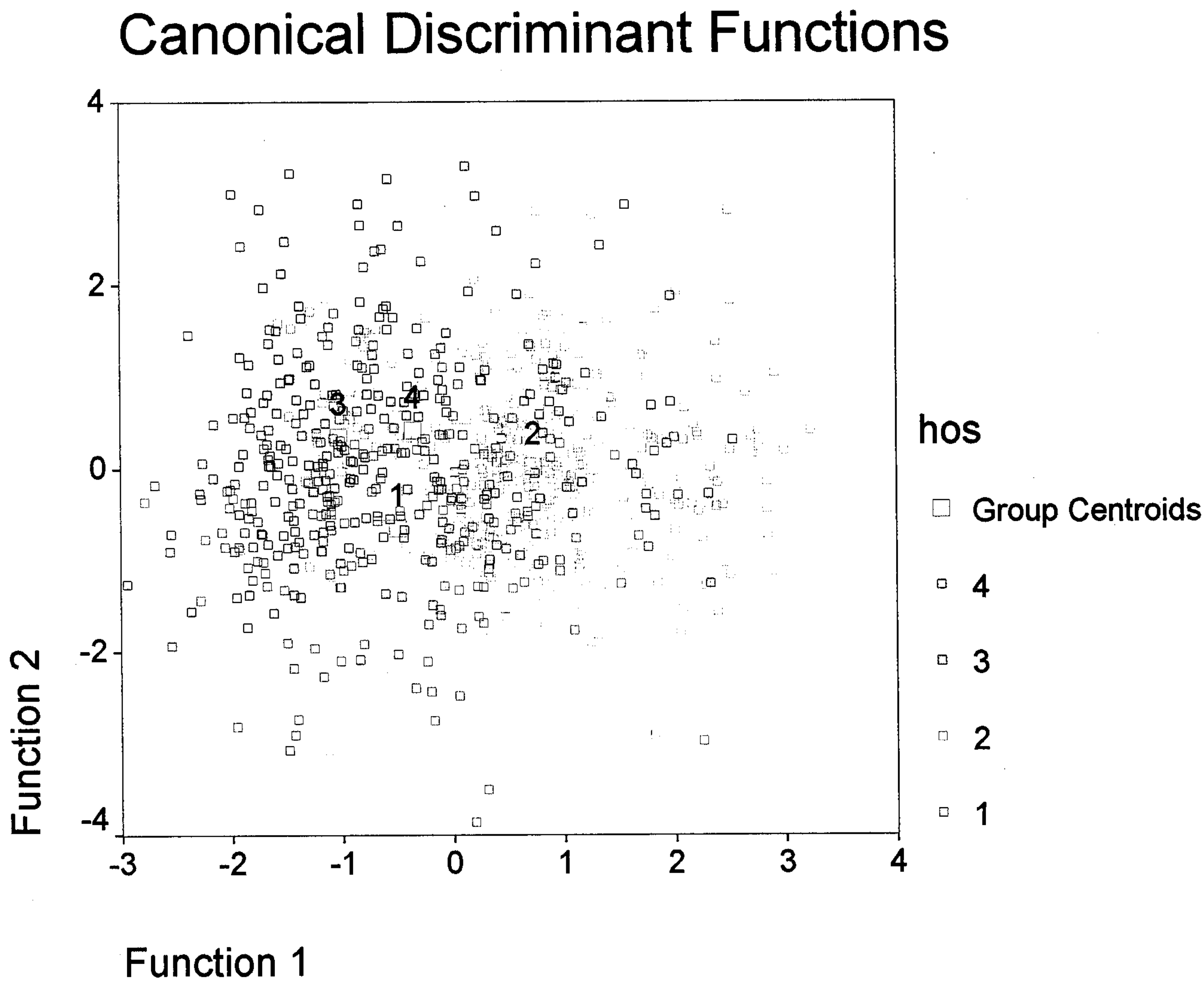


Canonical Discriminant Functions
Function 2
Function 1
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
-4
-6
-4
-2
0
2
4
6
VAR00005
Group Centroids
4
3
2
1

# Canonical Discriminant Functions




Canonical Discriminant Functions
6
4
2
0
-2
-4
-6
-10
-8
-6
-4
-2
0
2
4
6
Function 2
Function 1
VAR00007
Group Centroids
3
2
1


Canonical Discriminant Functions
Function 2
Function 1
4
2
0
-2
-4
-3
-2
-1
0
1
2
3
4
hos
Group Centroids
4
3
2
1